

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AVORTEMENT
CRIMINELLEMENT PROVOQUÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 23 janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DUCLERGET Pierre-Louis

Ancien externe des Hôpitaux de Nancy

né le 22 Mai 1895, à Bourmont (Haute-Marne)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. FRUHINSCHOLZ, professeur.....	<i>Président.</i>
		MICHEL, professeur	<i>Juges.</i>
		L. CAUSSADE, agrégé	
		JOB, agrégé	

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical**

NANCY
IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AVORTEMENT
CRIMINELLEMENT PROVOQUÉ

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 23 janvier 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DUCLERGET Pierre-Louis

Ancien externe des Hôpitaux de Nancy

né le 22 Mai 1895, à Bourmont (Haute-Marne)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :	{	MM. FRUHINSHOLZ, professeur.....	Président.
		MICHEL, professeur	Juges.
		L. CAUSSADE, agrégé	
		JOB, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE A. COLIN, 11, RUE DES QUATRE-ÉGLISES

1922

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✱, I ☉.

Assesseur : M. WEISS, O ✱, I ☉.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✱, I ☉.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I ☉; PRENANT, ✱, I ☉;
F. GROSS, O ✱, I ☉; CHRÉTIEN, I ☉; HERRGOTT, O ✱, I ☉.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✱, I ☉
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ☉.
Hygiène	M. MACÉ, ✱, I ☉.
Physiologie	M. E. MEYER, O ✱, I ☉.
Clinique médicale	M. SIMON, ✱, I ☉.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ☉.
Médecine légale	M. P. PARISOT, O ✱, I ☉.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✱, I ☉.
Anatomie pathologique	M. HOCHÉ, ✱, I ☉.
Clinique médicale	M. ETIENNE, ✱, I ☉.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✱, I ☉.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✱, I ☉.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, ✱, I ☉.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ☉.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✱, I ☉.
Histologie	M. COLLIN, ✱, I ☉.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✱, I ☉.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✱, I ☉.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✱, I ☉.
Médecine opératoire	M. MICHEL, ✱, I ☉.

Chargés de cours complémentaires.

Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, ✱, I ☉.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, ✱, I ☉.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Pathologie interne	M. RICHON, ✱, I ☉, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique)	M. S. RÉMY, I ☉, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ☉, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ☉, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, O ✱, I ☉, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET, I ☉, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1)	M. L. CAUSSADE, A ☉, agrégé.
Clinique d'électrothérapie	M. N.

Agrégés en exercice

MM. ROBERT, I ☉.	MM. J. PARISOT, O ✱, I ☉.	MM. JOB, ✱, A ☉.
BINET, I ☉.	FAIRISE, A ☉.	JEANDELIZE.
PERRIN, I ☉.	L. CAUSSADE, A ☉.	P. MATHIEU, A ☉.
THIRY, ✱, I ☉.	BARTHÉLEMY, ✱, A ☉.	

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☉; G. GROSS, ✱, I ☉; RICHON, ✱, I ☉;
S. RÉMY, A ☉; BUSQUET, I ☉.

M. H. COIFFARD, I ☉, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, I ☉, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A mes Parents

A ma Fiancée

A mes Amis

A mon Président de thèse :

*Monsieur le Professeur Fruhinsholz,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A mes Juges :

*Monsieur le Professeur Michel,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

*Monsieur le Professeur agrégé Job,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Monsieur le Professeur agrégé Caussade.

Introduction

Au cours de notre stage comme externe à la Maternité de Nancy, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'avortements, provoqués dans un but criminel, qui eurent des suites très graves. Vers la même époque furent hospitalisées au service de notre ancien Maître, M. le Professeur WEISS, une série de femmes qui présentaient des complications un peu spéciales de tentatives abortives ; ces cas furent étudiés et publiés ensuite par le docteur HAMANT, chef de Clinique chirurgicale.

C'est alors que, sous l'inspiration de notre Maître, M. le Professeur FRUINSHOLZ, nous avons entrepris d'étudier cette question de l'avortement criminel. Nous nous sommes attaché uniquement à la partie clinique, laissant à d'autres plus qualifiés que nous le côté médico-légal de ce sujet.

Dans ce but, nous avons rassemblé le plus grand nombre possible d'observations ; la plupart furent puisées aux archives de la Clinique Obstétricale ; d'autres sont dues à l'obligeance de M. le Professeur FRUINSHOLZ qui a en outre orienté nos recherches et puissamment contribué à éclairer notre voie. Qu'il veuille bien accepter notre témoignage de reconnaissance pour l'aide sérieuse qu'il nous a apportée au cours de ce travail, ainsi que

pour son enseignement si clair, si méthodique et si précis de la pratique obstétricale.

De notre côté, nous avons eu l'avantage de pouvoir interroger quelques malades s'étant livrées antérieurement à des tentatives abortives suivies ou non de succès. Nous en avons tiré parfois des renseignements utiles, mais ce ne fut pas toujours sans peine.

Notre gratitude va à M. le Professeur MICHEL, en raison de l'excellent souvenir que nous conservons de notre séjour comme externe à son service chirurgical de l'Hôpital Maringer, et à M. le Professeur agrégé JOB qui a bien voulu nous éclairer de ses lumières au début de cet ouvrage.

Nous remercions en outre le docteur VERMELIN, chef de Clinique Obstétricale, qui a guidé avec bienveillance nos premiers pas dans la pratique des accouchements et nous a documenté de son mieux, ainsi que le docteur HAMANT, chef de Clinique Chirurgicale, qui a bien voulu nous communiquer ses observations et ses connaissances personnelles à propos du sujet que nous traitons.

Merci, enfin, à tous les Maîtres dans les services desquels nous avons cherché des renseignements, et à tous les médecins qui nous ont aidé par l'apport d'observations personnelles.

Nous n'oublierons pas le bienveillant accueil que nous avons toujours trouvé comme externe au service de M. le Professeur ETIENNE, ni la profonde reconnaissance que nous devons à M. le Professeur agrégé CAUSSADE pour l'immense service qu'il a rendu à notre famille.

Nous commencerons par exposer les observations qui sont le fond de notre ouvrage, et dont l'analyse nous a permis de rédiger ce petit travail.

Puis, après quelques considérations sur les femmes dont l'histoire clinique nous est ainsi relatée, nous aborderons l'étude des pratiques abortives et leurs conséquences funestes pour celles qui en usent.

PREMIÈRE PARTIE

Observations

Les observations XXV et XLIX ont été présentées par M. le Professeur MICHEL à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie ; l'observation XXXII par M. le Professeur WEISS et le docteur HAMANT à la Société d'Obstétrique et Gynécologie le 16 mars 1921 ; les observations XXXIV et XXXV par M. le docteur HAMANT à la Société de Médecine de Nancy le 6 juillet 1921 ; l'observation XXXIII, par le même auteur à la Société de Médecine en 1920 ; l'observation XIII par le docteur VERMELIN à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Nancy en juillet 1921, et l'observation XXXI publiée par le docteur BOUCHON, de Toul, dans la *Revue Médicale de l'Est* (1907). Toutes les autres sont inédites.

OBSERVATION I

(*Clinique Obstétricale*)

M. T..., âgée de 18 ans. Célibataire. Confectionneuse. Secundipare. 1^{re} gestation à 17 ans. Avortement au 2^e mois, provoqué par la jeune fille elle-même avec une aiguille à tricoter ; a été sanglant.

2^e gestation. D. R. (dernières règles) terminées le 14 mai.

Vomissements pendant deux mois. Absorption d'eau-de-vie allemande à dose purgative, répétée plusieurs fois (dernière prise le 12 juillet). Apparition de coliques utérines le 14 juillet au matin. A 16 heures, expulsion du fœtus accompagnée d'une hémorragie abondante. La femme entre à la Maternité à 18 h. ; température : 36°8. Utérus gros, col entrouvert laissant passer un lambeau sans doute placentaire. Le 18 juillet, expulsion de débris de caduque.

Suites normales non fébriles.

OBSERVATION II

(Clinique Obstétricale)

M. J., 30 ans. Mariée. Ménagère. Vigeste.

Cinq grossesses antérieures normales.

D. R. : 13 mai. Pertes sanguines depuis le 10 juillet. Le 12, contractions utérines fréquentes. Expulsion le 13 d'un œuf complet. La femme avoue s'être fait avorter avec un crochet. Infection légère. Les jours suivants, apparition d'une phlébite.

OBSERVATION III

(Clinique Obstétricale)

L..., 23 ans. Célibataire. Brodeuse. Ilgeste.

Un accouchement antérieur normal ; enfant vivant. D. R. : 17-25 février. Entre à la Maternité le 29 juin pour avortement en cours, avec infection. La femme accuse des douleurs au bas-ventre depuis trois jours, avec pertes sanguines légères ; vomissements depuis deux jours.

Etat général assez touché ; coliques utérines ; écoulement vulvaire odorant ; œuf qui s'engage dans le col. Le lendemain, l'état général s'est aggravé, hyperthermie, ce qui fait décider l'intervention ; extraction fœtale, puis placentaire. On trouve alors, dans la partie antéro-supérieure du segment inférieur, une déchirure linéaire de 5 centimètres de longueur, dirigée transversalement, et assez profonde pour que la main abdomi-

nale sente avec facilité un doigt intra-segmentaire (palper abdominal combiné au toucher). Cette plaie est tamponnée à la gaze iodoformée. La femme avoue alors s'être livrée elle-même à des manœuvres abortives avec une longue aiguille.

OBSERVATION IV
(Clinique Obstétricale)

M. Q., 25 ans. Célibataire. Cultivatrice. Primigeste.

D. R. : 13-18 février. Aucun phénomène sympathique de gestation.

Au début de juin, la femme se fait à plusieurs reprises des injections de vinaigre pur avec une canule en os droite et longue, en cherchant à atteindre le col utérin.

5 juin. Contractions utérines, accompagnées le 6 juin d'une perte de sang ; ce même jour, à 16 heures, expulsion fœtale ; les contractions continuent dans la nuit.

7 juin, à 8 heures, expulsion placentaire.

Le 14 juin, la femme, restée seule jusqu'à présent, appelle une sage-femme qui fait venir un médecin, lequel dirige la malade sur la Maternité. A son arrivée, celle-ci a une température de 39°4, un pouls à 140, un facies tiré, les lèvres fuligineuses, la respiration courte et rapide, le ventre tympanisé ; le vagin est chaud au toucher, ses parois tuméfiées (pas d'éraillure ni de blessure) ; le col a son orifice externe ouvert, l'interne est fermé. Ecoulement vulvaire fétide. Diarrhée profuse depuis la veille.

Les jours suivants, les symptômes s'aggravent, des vomissements porracés apparaissent, la température reste élevée (39-40°), le pouls s'accélère jusqu'à 160.

Décès le 17 juin, à 17 heures.

OBSERVATION V
(Clinique Obstétricale)

M. D..., 22 ans. Célibataire. Fileuse. Igeste.

D. R. : 3-10 novembre. Rapport unique le 12 novembre.

Quelques phénomènes sympathiques de grossesse. Le 26 janvier, injection d'eau vinaigrée dans le col utérin, pratiquée par la jeune fille elle-même au moyen d'une poire en caoutchouc et d'une longue canule droite en os. Nouvelle injection trois heures après.

Les contractions utérines apparaissent le jour même. Le lendemain, écoulement vulvaire rosé ; les jours suivants, pertes sanguines avec caillots.

La femme entre à la Maternité le 1^{er} février au soir. Température : 36°8 ; pouls à 100. Ecoulement vulvaire mal odorant. Canal cervical distendu par une masse ; orifice externe fermé. Le lendemain, l'écoulement est brun et fétide, la température de 37° ; administration de quinine. Le 4 février, expulsion d'un gros caillot renfermant des villosités choriales.

Suites normales, non fébriles.

OBSERVATION VI

(Clinique Obstétricale)

K. C..., 21 ans. Célibataire. Ouvrière en chaussures. IIpare. Grossesse antérieure normale.

D. R. : 6 janvier. Cette femme entre à la Maternité le 9 mars, s'étant fait des injections intra-utérines d'eau bouillie ; pas d'autre aveau. L'avortement se produit, marqué par une infection légère.

OBSERVATION VII

(Clinique Obstétricale)

M. S..., 39 ans. Mariée. Marchande foraine. VIpare. 5 enfants vivants.

D. R. : 1-7 mai. Provocation au moyen d'injections vaginales d'une solution de savon noir, suivies d'injection d'eau bouillie dans l'utérus avec une canule à lavement (auto-tentative).

Le lendemain, violentes douleurs aux lombes et à l'abdomen. Ensuite, perte de sang abondante ; expulsion de deux gros

caillots. L'écoulement diminue les jours suivants, devenant séro-sanguinolent et fétide. La malade entre à la Maternité une semaine environ après la provocation. Température 39°6, pouls à 160. Vomissements porracés, ventre ballonné, langue rôtie. Le col utérin a toute sa longueur, il est un peu entr'ouvert. Les culs-de-sac vaginaux sont libres. Décès deux jours après.

Résumé d'autopsie. — Péritonite purulente généralisée sans fausse membrane. Pus dans le Douglas ; utérus gros comme le poing, mou. Pus dans la trompe droite très dilatée. Aucune trace de traumatisme. Pas d'œuf dans la matrice, mais des débris de caduque adhérents en voie de putréfaction. Abscès miliaries dans l'épaisseur du ligament large autour de la trompe malade.

OBSERVATION VIII (Clinique Obstétricale)

L. C..., 24 ans. Célibataire (pupille de l'Assistance publique). Domestique. Igeste.

D. R. : 2-6 juillet. Accuse des pertes sanguines depuis huit jours ; c'est pourquoi une sage-femme, appelée, l'envoie à la Maternité. A l'entrée, on constate qu'elle perd assez abondamment. Température 36°6 ; pouls 90. Le col utérin est ouvert, une masse s'y engage ; quelques coliques utérines. Le lendemain, les douleurs s'accroissent vers 14 heures et à 17 heures l'œuf est dans le vagin, très odorant ; on l'en extrait. C'est un œuf de six semaines environ, paraissant complet. La femme reconnaît ensuite s'être fait elle-même, étant accroupie, trois injections intra-utérines d'eau de savon avec une canule longue en os et une poire en caoutchouc. Deux jours après l'avortement, la température s'élève, puis se déclare une pleurésie sero-fibrineuse.

OBSERVATION IX (Clinique Obstétricale)

M. G..., 30 ans. Mariée. Cuisinière. Hpare (enfant vivant).
D. R. : 27-30 septembre. Cette femme entre à la Maternité

le 22 décembre, reconnaissant (après avoir été un peu « cuisinée ») s'être fait elle-même, et en position accroupie, une injection intra-utérine d'eau ordinaire avec une poire en caoutchouc et une canule en os (qui aurait été achetée comme canule à lavement P P). Perte sanguine aussitôt après la manœuvre, renouvelée le surlendemain, et huit jours après ; quelques rares coliques ont accompagné ces pertes, sauf la première.

A son entrée à la Maternité, cette femme est pâle, son pouls est un peu faible, de fréquence normale. Température 37°2. Utérus augmenté de volume, semblant gravide, col intact, sauf l'orifice externe qui est un peu entr'ouvert.

Le 23 et le 24, coliques fréquentes accompagnées de pertes sanguines légères ; ces dernières continuent pendant trois jours encore. Le 31, à 4 heures, perte abondante avec état général altéré, le vagin se remplit de caillots, le col, dur, est entr'ouvert ; à 9 heures, le pouls file : on intervient d'urgence par un curage digital qui ramène un œuf ouvert qui était presque entièrement décollé. Suites normales ; pas d'infection.

NOTA. — Voir l'observation X à la page 45.

OBSERVATION XI

(Clinique Obstétricale)

M. L..., 26 ans. Mariée depuis quelques mois. Sans profession. Primigeste. D. R. : 5-12 février (écourtées). Entre au service le 25 mars, avouant spontanément que, ne voulant pas encore d'enfant (quoique jeune mariée), elle a consenti à ce que son mari essaie de la faire avorter. Ce dernier a pratiqué, à l'aide d'un énéma, une injection intra-utérine d'eau savonneuse, la femme étant couchée et l'opérateur ne s'étant guidé qu'avec son index manœuvrant la canule (longue et en os) à la recherche du col. Tentative identique est renouvelée le lendemain dans les mêmes conditions ; elle fut douloureuse pour la patiente. Les jours suivants, quelques pertes rosées ; ensuite quelques coliques le 24, avec perte de sang. T. : 38°2. A l'entrée (une semaine après les manœuvres), l'état général

est bon ; température 37°5 ; écoulement vulvaire léger, saignant et odorant. Corps utérin gros, gravide ; col fermé, effilé (toupie allemande). Même état le 26. Expulsion, dans les pertes, d'un lambeau de caduque. On attend toujours et, le 26 au soir, après avoir ressenti quelques fortes coliques, la femme expulse un œuf en urinant : petit œuf ouvert auquel manque une grande partie de caduque ; cette dernière est expulsée par lambeaux les jours suivants. Suites normales.

OBSERVATION XII

(Clinique Obstétricale)

T. R..., 23 ans. Célibataire. Employée de magasin. Hpare. D. R. : 26-31 décembre. Le 1^{er} avril, cette femme se fait elle-même une injection intra-utérine d'eau vinaigrée, en position couchée. Ni douleur ni malaise pendant ce temps. Le 8 avril, apparition de coliques utérines accompagnées de pertes sanguines ; continuation le 9 et expulsion de caillots. Fièvre les 9 et 10. Entre le 13 à la Maternité, sans hyperthermie, avec un col entr'ouvert, une masse intra-utérine perçue au toucher et à odeur forte. Curage digital d'un utérus vide, à grande cavité, où flottent, libres, quelques débris. Suites normales.

OBSERVATION XIII

(Clinique Obstétricale)

L. L..., 19 ans. Célibataire. Employée dans une pâtisserie. Igeste. D. R. : fin février. Entre à la Maternité et raconte les faits suivants : prenant souvent des purgatifs parce que habituellement constipée, elle s'est purgée le 23 mai ; dans la nuit suivante, elle aurait ressenti quelques douleurs au bas-ventre, accompagnées de perte sanguine légère. Les douleurs continuant, elle entre au service le 24 à 14 heures. On l'examine de suite, et les constatations faites au toucher incitent à reprendre l'interrogatoire ; la femme avoue alors qu'elle s'est

introduit, le 23 au soir, une sonde molle en caoutchouc longue de 20 centimètres environ, achetée chez un pharmacien. Cette sonde fut bouillie, puis trempée dans l'huile pour la durcir (?) et placée par la femme elle-même dans son col, opération pratiquée en position accroupie, avec un miroir placé sur le sol entre ses jambes, et qui fut laborieuse (elle aurait duré une heure ?). La sonde fut introduite en entier dans l'orifice cervical et, comme elle ne ressortait pas, l'opérée dut entrer à la Maternité. Au toucher le col est gros, basculé en avant, fermé ; en arrière, segment inférieur dur, douloureux, semblant contenir un corps étranger ; l'examen au speculum confirme le toucher, mais ne révèle aucune lésion traumatique des voies génitales. Le col est légèrement œdémateux, surtout en arrière. Le palper abdominal ne révèle ni douleur, ni défense ; le fond utérin est perçu à plusieurs travers de doigt sous l'ombilic. Une contraction utérine est perçue chaque cinq minutes. A 17 heures, perte des eaux, liquide normal. A 17 h. 45, le fœtus est engagé hors de l'utérus ; la tête, retenue par le col, bombe dans le vagin ; on perçoit en arrière et à travers le segment inférieur une extrémité de la sonde. Le fœtus est extrait et derrière lui on retire la sonde, qui est une Nelaton n° 19 pelotonnée dans le segment inférieur. A 19 h. 45, expulsion spontanée du placenta qui pèse 90 grammes. Révision du segment inférieur qui est intact. Suites de couches normales ; pas d'hyperthermie.

OBSERVATION. XIV

(Clinique Obstétricale)

R..., 23 ans. Mariée. Sans profession. Hpare. A eu un enfant mort à 9 jours.

D. R. : 15-20 août. Le 13 octobre, se fait elle-même une injection intra-utérine d'eau bouillie avec une poire en caoutchouc et une canule en os guidée par le doigt. Perte immédiate d'un peu de sang. Le 14 octobre au matin, perte abondante qui amène la malade à la Maternité. La température est de 38°2.

On pratique de suite un curage digital, le col étant perméable à un doigt ; on décolle de nombreux débris de la paroi utérine ; ils sont ramenés ensuite par l'injection intra-utérine. Injection de 60 cc. de sérum antistreptococcique. Deux jours après la fièvre tombe.

OBSERVATION XV

(Docteur X...)

X... Veuve. Sans profession. Situation de fortune très aisée. A deux mois de gestation exactement révolus, va à Paris chez une sage-femme et y subit une tentative de provocation par un procédé qu'elle ne peut déterminer (ce n'est ni une ponction, ni une injection). La patiente ne souffre pas, ne perd pas de sang. Elle rentre en Lorraine le lendemain.

Les troisième et quatrième jours après, fièvre (T° : 40°), pouls à 108, rares contractions douloureuses ; pas de sang.

Le cinquième jour, même état ; écoulement fétide et sanieux ; utérus gros, antefléchi ; pas de réaction abdominale. Pose d'une laminaire ; terminaison spontanée ; suites normales.

OBSERVATION XVI

(Docteur X...)

M... Multipare. Mariée. Devenue enceinte en l'absence du mari.

Provocation dès le premier retard de règles. La femme introduit elle-même une sonde intra-utérine en métal (modèle Budin). Pas d'autre effet immédiat que de la fièvre et des frissons ; puis tout paraît rentrer dans l'ordre.

Au 7^e jour, expulsion d'une vésicule sans incident. Réapparition de la fièvre et des frissons.

Au 10^e jour, hémorragie abondante sans contraction utérine nette ; col perméable à l'index ; curage digital d'urgence qui ramène des débris de caduque.

Suites normales.

OBSERVATION XVII

(Docteur X...)

M... Multipare. Mariée. Situation très aisée. Ne veut plus d'enfant, son mari non plus.

Etant enceinte de moins de deux mois, se fait introduire vers cinq heures du soir une sonde en gomme par une sage-femme. La sonde se casse et l'extrémité reste dans la matrice ; les jours précédents, des tentatives d'introduction avaient eu lieu déjà, mais sans succès.

Le soir même, pouls à 80, apyrexie ; quelques contractions utérines ; écoulement sanguin léger.

Le lendemain, température 38-38°7. Pouls 88-96. Les coliques et l'écoulement sanguin persistent ; quelques régurgitations. Le corps étranger est éliminé spontanément ; le col reste fermé ; utérus gravide en antéflexion.

Le surlendemain, apyrexie ; expulsion de sang et de lambeaux de caduque ; l'avortement paraît fait.

Suites apyrétiques normales.

OBSERVATION XVIII

(Docteur X...)

M... Multipare. Mariée. Situation très aisée ; trompe son mari.

Etant enceinte de deux mois, se fait elle-même, le matin, étant couchée, une injection sous pression d'eau mélangée de savon gras ; elle a adapté une canule en gomme longue et étroite à son injecteur ; elle a repéré le col avec un doigt et de l'autre main, elle pousse la canule. Immédiatement douleur très vive ; elle perdaille, les coliques continuent. Le soir, elle a des frissons ; température 37°, pouls 88. Pas de réaction abdominale ; l'utérus est sensible, l'orifice externe reste fermé.

Le lendemain matin, expulsion d'un embryon avec des caillots. Le lendemain soir, température 37°5, pouls 96. La caduque s'élimine partiellement. On termine par un curage digital pour s'assurer de la vacuité de l'utérus.

OBSERVATION XIX

(Docteur X...)

Célibataire. Primigeste.

Porteuse d'une retroversion congénitale ; réglée irrégulièrement avec des intervalles de 3 ou 4 mois. Ignore d'abord sa grossesse en raison de ses irrégularités ; s'en fait confirmer l'existence vers deux mois et demi par un examen médical. Peu après, se fait avorter en allant trouver une personne qu'elle n'a pas autrement désignée et qui lui applique un speculum puis lui fait une injection intra-utérine et aurait — dit-elle — été amenée à sectionner un cordon (?).

Le lendemain matin, douleurs abdominales, pertes rosées, envies de vomir. L'après-midi, aggravation subite : frissons, cyanose des extrémités et de la face, dyspnée, douleurs abdominales et vomissements. A cinq heures du soir, température 38°, pouls 120 ; figure impressionnante, cyanotique avec des reflets bronzés ; teinte rouge uniforme des téguments et du bas-ventre, expression angoissée, respiration très rapide, langue rôtie, lèvres sèches et fuligineuses. Douleurs abdominales, défense de la paroi, rétention d'urine : le cathétérisme ramène une urine sanglante ; l'utérus s'est redressé en situation normale, il est gros, l'orifice externe est fermé.

A 9 heures du soir, intervention chirurgicale : liquide séro-sanguinolent dans le péritoine ; tous les organes pelviens offrent une coloration rouge foncé. Le fond utérin a une coloration feuille morte, paraissant correspondre à une zone de gangrène ; au niveau de cette zone, on reconnaît l'existence d'une série d'orifices comme des piqûres d'épingle, par où s'échappent des gaz ; odeur putride. La vessie est intacte. Hystérectomie subtotale suivie d'un Mickulicz, drainage et suture. L'utérus renferme des débris putrilagineux informes. Mort deux heures après l'intervention.

OBSERVATION XX
(Clinique Obstétricale)

M. C..., 30 ans. Mariée. Giletière. V^e grossesse (4 enfants vivants).

D. R. : 3 avril. Se savait enceinte. Raconte qu'en travaillant aux champs elle aurait perdu brusquement de gros caillots sanguins et des débris membraneux (?). Le lendemain, température 39°, ainsi que le surlendemain. Envoyée par un médecin qui donne comme diagnostic : avortement provoqué, rétention et infection, péritonisme.

A son entrée, la femme est agitée ; facies vultueux, yeux excavés, langue saburrale, vives douleurs à l'abdomen, diarrhée profuse ; température 38°9, pouls 140. Le ventre est un peu ballonné, très douloureux au palper. A la région sous-ombilicale et médiane, masse empâtée, douloureuse surtout sur les côtés ; submatité légère dans la fosse iliaque et le flanc droits. Col utérin petit, médian, orifice externe à bords irréguliers, facilement perméable à un doigt, orifice interne fermé ; empatement et sensibilité vive des deux culs-de-sac latéraux. Corps utérin indélimitable, noyé et immobilisé dans la masse perçue au palper. A l'épaule gauche, arthralgie très prononcée. Glace sur le ventre et sérum antistreptococcique. Le lendemain, aggravation de l'état général et des symptômes péritonéaux. Un chirurgien, appelé, ne trouve pas d'indication à une intervention. La malade veut rentrer chez elle et part.

OBSERVATION XXI
(Docteur X...)

M..., 33 ans. Mariée. Sans profession (situation sociale relativement élevée). IIIpare. 2 enfants vivants.

Grossesse de 2 mois et demi. Expulsion du fœtus 48 heures avant l'intervention : température 37°8, hémorragie.

On pratique un curage et un curettage. Dans les débris placentaires, une allumette, préalablement allumée, est fixée profondément dans un débris placentaire.

Suites normales.

OBSERVATION XXII

(Docteur X...)

M^{lle} X..., 28 ans. Célibataire. Dactylographe. Igeste.

Fait appeler le médecin d'extrême urgence un dimanche après-midi pour de violentes douleurs dans le ventre. Femme affolée qui raconte qu'elle n'avait pas vu ses règles, qu'elle les attendait avec impatience tout le mois ; elle avait pris ses renseignements et une amie experte en la matière lui dit qu'au moindre retard elle se faisait une injection intra-utérine, qu'elle l'avait fait plusieurs fois déjà, qu'il n'y avait aucun danger, et lui avait complaisamment indiqué le manuel opératoire. La date de la deuxième époque revint sans résultat aucun. Elle se décida alors à se faire avorter. Le dimanche à 1 heure, sa mère, avec laquelle elle vivait, étant absente pour quelques heures, suivant les conseils de son amie, après avoir pris une injection vaginale, accroupie sur son seau de toilette, l'index gauche introduit dans le vagin ayant repéré l'orifice du col, elle introduisit dans sa matrice une sonde analogue à celle de Braun, préalablement bouillie. Puis elle se donna une injection avec une petite seringue en verre. Immédiatement, elle ressentit une douleur violente dans le ventre. Affolée, croyant à une perforation de la matrice, elle appela le médecin. A ce moment-là, le ventre est souple, la matrice douloureuse. Il s'agissait d'une douleur comme on en observe parfois dans les injections intra-utérines. Les jours suivants, pas de température. Le jeudi, avortement, dont les suites furent normales, aseptiques,

OBSERVATION XXIII

(Clinique Obstétricale)

M^{lle} Y..., 20 ans. Célibataire. Confectionneuse. Primigeste.

D. R. : 23 juin. Sur les conseils d'une matrone, achète dans une herboristerie une sonde afin de se faire avorter. On lui délivre immédiatement une sonde genre Nelaton avec un conducteur métallique rigide (mandrin). La jeune fille se serait introduit la sonde elle-même en position couchée ; en outre, elle s'est appliqué deux vésicatoires, un à la face interne de chaque cuisse, mais elle n'a pas pu les supporter plus de quelques minutes (ceci se passait le mercredi 24 août, à 21 heures). Les douleurs débutent dès l'introduction de la sonde dans le col ; celle-ci est laissée en place trois heures environ, et est retirée. Pendant toute la nuit et les deux jours suivants, douleurs qui deviennent de plus en plus vives jusqu'au samedi matin ; pendant la journée du vendredi et la nuit suivante, vomissements presque continuels. Le samedi 27 août, un médecin est appelé ; par expression, il fait expulser une masse contenant un fœtus. La femme est ensuite envoyée à la Maternité, où elle entre à 17 heures : elle présente alors de la sensibilité latéro-utérine droite, n'a pas de fièvre ; utérus gros, col dilaté comme deux francs ; par l'orifice, on perçoit une masse libre dans la cavité utérine que le doigt ramène facilement : c'est un œuf ouvert en voie de putréfaction : pas de caduque. Injection intra-utérine.

28 août : Augmentation de la sensibilité latéro-utérine droite, pertes fétides, température 38°5, pouls 104. Injection de sérum antistreptococcique, glace sur le ventre. En quelques jours, les phénomènes rétrocedent.

Suites immédiates normales.

OBSERVATION XXIV

(Clinique Obstétricale)

M. Y..., 23 ans. Célibataire. Sans profession. Igeste.

D. R. : 12-15 juin. Le 6 août, injection intra-utérine d'eau ordinaire, avec une longue canule en os et une poire en caoutchouc (non stérilisées), pratiquée par la femme elle-même. Du 6 au 15 août, pertes très légères le matin. Le 15 août au matin, quelques douleurs peu violentes pendant dix minutes environ ; en urinant, expulsion d'une masse rouge, grosse comme un œuf de poule, composée, dit la malade, d'un petit fœtus et d'une masse large comme une petite paume de main et de couleur rouge foncé. Pendant les quatre jours suivants, perte de sang.

Température du 21 août : 37°9, réaction légère du côté du ligament large ; le 22 août, 37°9 ; le 23, 37°7. La température monte ensuite, et la malade arrive à la Maternité (24 août). Température : 39° ; réaction abdominale légère du côté gauche ; col utérin fermé, corps gros et dur en antéflexion ; à droite, cul-de-sac vaginal souple ; à gauche, cul-de-sac rempli par une masse dure qui bombe dans l'excavation. Vaccin de Delbet les 24 et 27 août. Chute de la température le 31 août. Le 5 septembre, masse indurée à la base du ligament large gauche, utérus gros.

La femme sort le 10, améliorée, apyrétique.

OBSERVATION XXV

(M. le Professeur MICHEL. — *Résumée*)

M..., 30 ans environ. Gestation approximative de 3 mois.

Se sachant enceinte, cette personne est allée se faire avorter dans une ville de l'étranger assez éloignée de Nancy, par un médecin. Les manœuvres abortives ont consisté en l'introduction d'un corps dur, introduction qui fut suivie de dou-

leurs excessivement violentes que la malade met sur le compte de l'expulsion fœtale (survenue à l'hôtel). Rentrée le même jour à Nancy malgré des pertes abondantes, elle présenta pendant quelques semaines des phénomènes péritonéaux graves. Quelques mois après, l'état général est mauvais, les douleurs continuent ; au toucher vaginal, on constate la présence d'une masse douloureuse à contours mal délimités qui est prise pour une salpingite avec périsalpingite (l'avortement n'ayant été avoué par la malade que plus tard). Intervention chirurgicale qui fait découvrir un magma inflammatoire correspondant à un foyer développé sur la paroi postérieure de l'utérus, près de l'isthme ; le grêle est adhérent à ce foyer ; on a l'impression d'une perforation ancienne de l'utérus, qui est confirmée dans la suite par le récit de la malade.

OBSERVATION XXVI

(M. le Professeur MICHEL)

Femme de 38 ans environ. Porteuse d'un fibrome utérin avec métrorragies. En raison de ce fibrome interstitiel utérin, une hystérectomie est pratiquée. On trouve alors à la coupe, dans un fibrome de la paroi postérieure, un fragment d'aiguille à tricoter de 3 à 4 centimètres de longueur, au milieu d'un foyer de nécrose.

La malade reconnaît ensuite que, s'étant crue enceinte autrefois, elle s'était soi-disant fait avorter elle-même par l'introduction du corps métallique signalé, qui s'était rompu à cause de la dureté de la masse dans laquelle il avait pénétré.

OBSERVATION XXVII

(Clinique Obstétricale)

M. R..., 18 ans. Célibataire. Ouvrière en confection. Igeste.

Réglée normalement. D. R. : 10-17 mars. Se sait enceinte et décide de se faire avorter. Provocation le 24 juin par une

injection intra-utérine d'eau bouillie tiède faite avec une poire en caoutchouc et une canule droite en os ; la femme a opéré elle-même. Les deux jours suivants ne sont marqués par aucun incident. Le 27 juin, apparition des douleurs au bas-ventre et aux lombes ; le soir, perte des eaux. Les 28 et 29, continuation du travail, nuit et jour, insomnie et anorexie. Dans la nuit du 29-30, les douleurs s'accroissent, la femme vient à la Maternité. Elle perd depuis le 28 une sérosité jaunâtre, mais pas de sang. Le 30 au matin, température 36°4. Col effacé, dilaté comme 50 centimes, à bords minces, poche rompue ; on perçoit une petite partie fœtale engagée. Le 1^{er} juillet, quelques douleurs accompagnées de pertes rouges, s'arrêtant et reprenant de temps à autre ; céphalée. Dans la nuit du 1-2 juillet, contractions plus vives et rapprochées, continuation des pertes sanguines. Le 2 juillet à 4 heures, apparition d'un bras à la vulve ; à 4 h. 30, expulsion spontanée d'un fœtus putréfié de 3 mois et demi environ, pesant 120 grammes. A 11 h. 15, l'arrière faix est dans le vagin ; extraction et injection intra-utérine qui ramène quelques débris ; le placenta pèse 140 grammes. Le 4 juillet, expulsion de caduque. Aucune élévation de température n'a marqué le cours de cet avortement.

OBSERVATION XXVIII

(Clinique Obstétricale)

Nous citons cette observation bien qu'elle rapporte un cas d'*accouchement prématuré provoqué*, la provocation ayant été faite dans un but criminel.

M. B..., 30 ans. Célibataire. Voyageur de commerce. Igeste.

D. R. : 22-28 juillet. Entre à la Maternité à 8 heures du soir, le travail venant de débiter. Il s'agit d'une grossesse de 8 mois environ ; présentation du sommet, encore mobile, en O. I. D. P. ; les battements fœtaux sont perçus. Hauteur utérine : 31 centimètres. Le col utérin est ouvert, déhiscent ; on y découvre, au toucher, une laminaire profondément engagée,

les membranes sont rompues. Température 36°8 ; le travail continue. Le lendemain matin, température 39°7 ; dilatation complète, les battements ne sont plus perçus. La femme pousse et expulse un garçon mort de 2.100 grammes ; écoulement de liquide amniotique à odeur putride. L'utérus se rétracte bien ; injection intra-ovulaire. Délivrance normale. Le soir, la température est tombée, les suites sont normales. La femme, très réticente, reconnaît que la tige de laminaire a été posée à bon escient par une sage-femme.

OBSERVATION XXIX

(Personnelle)

J. X..., 21 ans. Célibataire. Sans profession. Igeste.

Malaises de grossesse accusés. Six semaines exactement après ses dernières règles, achète une sonde intra-utérine pour se faire avorter (sonde en gomme), sur les conseils de son amant. Un soir à 8 heures, sans aucune toilette préalable, elle introduit elle-même cette sonde dans le col utérin sans en ressentir de douleur. Puis elle injecte par cette sonde une solution de formol (une cuillerée à soupe pour 250 grammes d'eau). Immédiatement, douleurs violentes dans l'abdomen, irradiées aux lombes ; vomissements alimentaires. La malade était tellement mal qu'elle se crut prêt de mourir. Les douleurs ont duré, en s'atténuant, pendant huit jours, au cours desquels elle a gardé le lit. En retirant la sonde, qui était tachée de sang à son extrémité, il s'est écoulé un peu de liquide rosé. Pendant huit jours, expulsion de caillots sanguins mêlés à des débris membraneux, puis pertes de sang pur pendant une quinzaine de jours. Actuellement, la malade a des pertes blanches, mais elle est atteinte de blennorrhagie.

OBSERVATION XXX

(Clinique Obstétricale)

M..., 30 ans environ. Mariée. Cultivatrice. Un enfant mort.

Cette femme est amenée à la Maternité sur l'indication d'un médecin. On a très peu de renseignements à son sujet : elle aurait continué son travail jusqu'à la veille, aurait eu ses dernières règles le 10 décembre. Elle aurait été prise brusquement de frissons et de fièvre les jours précédents.

A l'entrée, état de stupeur marqué, teint jaune pâle, sueurs, pouls bondissant rapide, température 40°. Aucune réponse ne peut être obtenue de la malade qui se contente d'émettre des plaintes continuelles. Pas de douleur provoquée au palper, pas de toux. Au toucher vaginal on trouve de petits caillots dans le vagin, un col un peu gros à orifice externe entr'ouvert, l'interne est fermé ; corps utérin gros, perçu au palper hypogastrique. Le diagnostic est hésitant en raison de l'absence de commémoratifs et de réponse de la part de la malade. Prise de sang pour une hémoculture.

Le lendemain, l'état est tout aussi grave ; un sondage de la vessie ramène un litre et demi d'urine rougeâtre. On pratique ensuite, pour éclairer le diagnostic, un toucher intra-utérin, l'orifice interne laissant passer l'index qui le dilate ; on tombe alors, immédiatement à droite et en arrière, sur des débris placentaires très friables, d'odeur fétide, qui sont difficiles à extraire ; pendant ce temps, la femme est insensible. A 15 h., elle succombe sans avoir présenté d'autre symptôme particulier. La température est demeurée aux environs de 40°.

Résumé d'autopsie. — Aucune trace de réaction péritonéale, même légère ; les espaces cellulaires peri-utérins ne présentent aucun signe d'inflammation. Utérus gros, manifestement gravide ; annexes normales. Col gros ramolli sans lésion externe. La matrice étant ouverte renferme quelques lambeaux de caduque encore adhérents ; odeur putride. Au niveau de l'orifice interne et un peu plus haut que lui, au point de la

face postérieure correspondant à la ligne d'antécourbure de l'utérus, plaie linéaire de 12 millimètres de longueur, profonde de 3 à 4 à son extrémité inférieure, un peu moins à sa partie supérieure ; son fond présente des caillots ante-mortem ; ses bords sont légèrement anfractueux. Il s'agit là d'une lésion traumatique, faite sans aucun doute par un instrument introduit directement dans le canal cervical.

Résultat de l'hémoculture : Staphylocoque pur.

OBSERVATION XXXI

(*Revue Médicale de l'Est*, 1907)

Femme M. L..., 24 ans. Mariée. Pas d'enfant.

Entre à l'hôpital de T... le 29 janvier au matin avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Elle avoue s'être fait trois jours auparavant une injection d'alcali du commerce — elle en avait acheté pour 20 centimes — pour faire revenir ses règles qui, devant venir ce jour-là, n'étaient pas reparues. Elle dit en outre s'être servie d'une canule pointue et non d'une canule vaginale ordinaire. A la suite de cette injection, et depuis, écoulement sanguin par la vulve peu abondant, vives douleurs dans le ventre, vomissements. A son entrée à l'hôpital, elle est sondée, la vessie étant très distendue : urine jaune foncé ; le lendemain, nouveau sondage, qui ramène une urine sanglante avec des débris noirâtres. Examen au spéculum ce second jour : vagin normal, le col utérin contient quelques gouttes de sang. Rien du côté du rectum ; dans la nuit, une selle avec sang. Les symptômes de péritonite deviennent de plus en plus intenses. Décès à 5 heures du soir.

La cause de la péritonite paraissant très obscure, l'autopsie fut ordonnée par le Parquet et pratiquée le 1^{er} février. Elle montra une péritonite purulente généralisée avec fausses membranes. Vessie vide, couvrant tous les organes du petit bassin, à parois amincies. A l'ouverture de celle-ci, muqueuse grisâtre, foncée, friable ; même aspect dans le canal de l'urètre ; sur le fond utérin, élévation rougeâtre du péritoine étendue

de 4 centimètres environ ; à la coupe, on constate qu'elle est due à l'hyperhémie du tissu sous-péritonéal ; le tissu utérin sous-jacent est sain. Rien d'anormal du côté du vagin ni du côté du rectum.

Conclusions. — La péritonite a été causée par une cystite suraiguë avec sphacèle de la muqueuse, et la cystite par l'injection d'alcali du commerce dans la vessie. La victime avait cru se faire une injection vaginale, et le bout pointu de la canule avait pénétré dans l'urèthre.

OBSERVATION XXXII

(MM. WEISS et HAMANT. — *Résumée*)

L. Q..., 19 ans. Célibataire. Employée dans un restaurant. Igeste.

Retard de règles de 2 mois et demi. La jeune fille décide de tenter de se faire avorter avec une canule en os longue et pointue et une poire en caoutchouc pleine d'eau vinaigrée ; après avoir introduit l'embout dans le vagin, elle poussa et, ressentant une vive douleur, crut avoir pénétré dans la matrice et exprima le contenu de la poire. Perte de sang rouge en quantité notable pendant trois jours, mais différente des règles habituelles. Le lendemain, malaise et fièvre. La jeune fille entre à l'hôpital trois jours après sa tentative, qu'elle avoue facilement. Etat de prostration assez marqué, température 39°, quelques râles aux deux bases ; le palper abdominal révèle un peu de défense au niveau de la fosse iliaque droite, et le toucher montre une tuméfaction notable, bien perceptible, dans le cul-de-sac vaginal droit. La massé, douloureuse au toucher, laisse intacte la zone voisine du col et s'étend surtout sur le bord droit du vagin, tendant à s'allonger vers la vulve, phénomène qui, du reste, ne fit que s'accroître les jours suivants. Examen assez pénible en raison de l'étroitesse de la vulve et de la douleur assez vive par la palpation combinée. Vessie de glace sur le ventre et expectation. La température oscille entre 39° le soir et 37°5 le matin. Le 9^e jour

après le début des accidents, la masse, occupant toute la partie droite du vagin, bombe fortement ; on décide de pratiquer une ponction exploratrice qui ramène une quantité peu importante de pus jaune-verdâtre odorant. Tamponnement. Dès le soir même, la température descend et reste à 37°5 pendant deux jours, puis elle remonte à 39°. Les injections chaudes, les lavements chauds, le repos, ne font pas céder la fièvre et, cinq jours après, on pratique une nouvelle ponction suivie de dissection de la poche : il ne s'écoula pas une quantité notable de pus. Toutefois, dès ce jour, la température disparut ; en même temps, la tuméfaction s'affaissait puis disparaissait. Les règles ne sont pas revenues et tout fait penser que la grossesse continue.

OBSERVATION XXXIII

(MM. WEISS et HAMANT. — *Résumée*)

M. M..., 35 ans. Mariée. IIIpare.

D. R. finies le 4 mars. Cette femme entre à l'hôpital le 29 avril 1920 pour « fausse couche au début, consécutive à une poussée appendiculaire aiguë ». A la suite de phénomènes péritonéaux graves apparus subitement le 15 avril et qui furent diagnostiqués appendicite, l'apparition de quelques pertes sanguines fit croire à un début d'avortement. Ces pertes augmentèrent d'intensité, devenant fétides et s'accompagnant de température ; elles motivèrent l'hospitalisation. L'état général est mauvais. Température 39°8. Au toucher : région droite du vagin encombrée par une masse dure, fixe, peu douloureuse ; il s'écoule des caillots sanguins d'odeur infecte mélangés à une sérosité jaunâtre poisseuse fétide. L'examen au speculum révèle l'existence, à droite du col, d'un orifice circulaire régulier par lequel se produit l'écoulement constaté. On pense à une perforation volontaire du vagin, cause d'une hémorragie et, consécutivement, d'un hématome suppuré. On pratique l'exploration et le drainage large de cette cavité qui est en outre, par l'intermédiaire d'un gros drain, lavée au Dakin. Dès le 2^e jour, la température tombe. Après quinze jours, la

femme est suffisamment rétablie pour quitter l'hôpital, et tout était rentré dans l'ordre après un mois. La grossesse continuait d'évoluer. Toutefois, en septembre, un traumatisme accidentel de l'abdomen, à la suite d'une chute, provoqua l'expulsion prématurée d'un enfant qui succomba.

A la fin de son séjour à l'hôpital, la femme avait avoué s'être livrée à des manœuvres abortives au moyen d'une canule en os très pointue avec laquelle elle avait l'intention de pousser une injection d'eau vinaigrée. L'introduction brutale volontaire de cet instrument dans le vagin avait été suivie d'une douleur immédiate extrêmement vive, qui avait interrompu aussitôt toute manœuvre et avait été le point de départ des premiers accidents. Donc : perforation de la partie inférieure du ligament large par manœuvre abortive, formation d'un hématome suppuré qui guérit sans que la grossesse soit interrompue...

OBSERVATION XXXIV

(Docteur HAMANT. — *Résumée*)

M^{lle} L..., 21 ans. Célibataire. Igeste.

Entre à l'hôpital le 21 mars. Régulée régulièrement jusqu'à il y a trois mois. A ce moment, se fit une injection intra-utérine d'eau vinaigrée ; dans la suite, pertes sanguines puis avortement.

Trois jours après sa délivrance, elle ressent une douleur légère dans la fosse iliaque ; cette douleur s'accroît progressivement jusqu'au moment de l'entrée à l'hôpital. A ce moment, on perçoit dans la fosse iliaque gauche une tumeur allongée dans la direction de l'arcade crurale qu'elle dépasse de deux centimètres ; elle est perçue également par le toucher vaginal ; le cul-de-sac gauche est proéminent, tendu, fort douloureux, le col est rejeté vers la droite, le fond utérin peu perceptible. L'examen provoque une vive douleur. Température 38°8. Inappétence, insomnie.

Malgré un traitement médical approprié, la situation reste inchangée ; la température oscille de 38°8 à 39°5.

Le 25 mars, injection de vaccin de Delbet ; le 27 et le 28 également. Amélioration progressive et très notable après chaque piqûre. Guérison 15 jours après la première.

OBSERVATION XXXV

(Docteur HAMANT. — *Résumée*)

M^{me} T..., 24 ans.

A un retard de règles de six jours, se croit enceinte et veut se faire avorter. Se munit d'une canule en os longue et pointue, d'une poire en caoutchouc chargée d'eau vinaigrée ; la canule est poussée fortement après avoir été introduite dans les voies génitales. Il se produit une douleur vive et un écoulement sanguin par la vulve. Les douleurs augmentent et la femme entre à l'hôpital quatre jours après. Température 39° ; écoulement vulvaire jaune-noirâtre, nauséabond, continu. Dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse dure, grosse comme un gros poing. Le ventre reste souple, un peu sensible dans le flanc gauche. On s'aperçoit, à l'aide du speculum, que le col est d'aspect normal, mais qu'à deux centimètres environ, dans ce cul de sac gauche, existe un orifice d'où s'écoule le liquide infect déjà signalé. On y introduit une pince et on dilate l'orifice : il s'écoule une notable quantité de sang, de pus, de caillots ; on place dans l'orifice un drain maintenu par des mèches tassées. La température s'abaisse, mais remonte deux jours après malgré des soins minutieux. Nouvelle dilatation qui donne une nouvelle issue de pus ; on décida alors de pratiquer chaque jour l'évacuation de la poche et de faire des lavages dans la cavité. Malgré cela, l'état local ne s'améliorait guère, et l'état général s'aggravait ; la température oscillait entre 36°5-37° le matin et 39°-39°5 le soir ; si bien que l'on décida l'hystérectomie vaginale pour lever l'obstacle qui retenait dans le ligament large ce liquide infâme ; mais

l'état général était trop précaire pour permettre cette intervention. On fit alors du vaccin de Delbet, qui amena la guérison rapide.

OBSERVATION XXXVI

(Docteur X...)

M..., 25 ans. Célibataire. Premiers rapports à 15 ans.

I^{re} grossesse à 20 ans. Vers 7 mois et demi, va à Paris pour se faire avorter, chez une sage-femme. Celle-ci pose un laminaire et pratique cinq injections intra-utérines à un jour d'intervalle. Le travail se déclanche ; la parturiente a une syncope et ignore ce qui s'est passé ensuite : elle était délivrée et les suites furent normales.

II^e grossesse à 23 ans. Au troisième mois, provocation par la femme elle-même au moyen d'une injection intra-utérine d'eau vinaigrée. Trois jours après la manœuvre, expulsion fœtale ; pertes sanguines ensuite, qui ont nécessité un curetage trois jours après.

III^e grossesse à 24 ans. Vers six semaines, provocation par la femme elle-même : deux injections intra-utérines d'alcool iodé (2 centimètres cubes). Pas de perte. Trois jours après, expulsion d'œuf complet.

IV^e grossesse à 24 ans. Vers la sixième semaine de la gestation, deux injections intra-utérines d'alcool iodé (auto-avortement). Avortement complet trois jours après.

V^e grossesse à 25 ans. A la sixième semaine, injection intra-utérine d'eau bouillie vinaigrée, toujours par l'intéressée elle-même. Pertes sanguines pendant huit jours, puis avortement. Suites normales.

OBSERVATION XXXVII

(Docteur X...)

Célibataire ; situation sociale assez élevée ; vit maritalement avec un ami qui ne veut pas d'enfant. Premiers rapports à 25 ans.

I^{re} grossesse à 26 ans. Voulant se faire avorter, cette femme essaie sans succès l'apiol, l'eau-de-vie allemande, etc. Au quatrième mois de sa gestation, elle va à Paris chez une sage-femme qui lui introduit une sonde dans la matrice ; elle rentre de suite chez elle. L'avortement se produit *trois semaines* après, sans complication, sans fièvre. Suites normales.

II^e grossesse à 27 ans. A six semaines, provocation à Paris par sage-femme, toujours au moyen d'une sonde. La femme revient de suite à Nancy et avorte quatre jours après sans incident.

III^e grossesse à 28 ans. Provocation à deux mois, à Paris. Résultat quatre jours après ; rétention placentaire qui nécessite l'intervention médicale. Pas de fièvre.

Depuis cette époque, il existe des signes d'endométrite.

IV^e grossesse à 30 ans. Provocation deux semaines après l'apparition du retard de règles, à Nancy, par une sage-femme. Dilatations répétées du col (P) ; pas de fièvre. Résultat quatre jours après la dernière. Suites normales.

V^e grossesse à 32 ans. Avortement spontané de un mois.

VI^e grossesse à 34 ans. Avortement spontané après un effort physique violent ; grosse hémorragie, pas de fièvre.

Curettage.

VII^e grossesse à 37 ans. Au deuxième mois, provocation à Paris, par sonde. Expulsion le lendemain, très douloureuse, sans fièvre ; peu de pertes. Pas de rétention.

Actuellement, cette femme souffre du bas-ventre. Elle a un utérus gros ; son état général est très touché.

OBSERVATION XXXVIII

(Clinique Obstétricale)

M^{me} M..., 18 ans. Mariée. Ménagère. Igeste.

Entre à la Maternité le 25 juillet, répond évasivement aux questions qu'on lui pose : elle aurait eu de la fièvre depuis le 24, serait allée voir une sage-femme qui lui aurait dit qu'elle allait faire un avortement et l'aurait envoyée à la Maternité.

A son entrée, température 40°. Gestation de deux mois environ. Utérus antefléchi, augmenté de volume, col non modifié. Dans la journée, quelques douleurs lombaires. Le 27, douleurs utérines, accompagnées de pertes sanglantes assez marquées. Le 28 juillet, avortement ; à 11 heures, expulsion du fœtus qui arrive à la vulve dans sa vésicule amniotique qui crève de suite. A 17 heures, curage digital pour extraire l'arrière-faix : on constate que le cordon est attiré à travers un orifice des membranes, résultat certain d'une manœuvre abortive.

OBSERVATION XXXIX

(Clinique Obstétricale)

M. P..., 23 ans. Célibataire. Couturière. Primigeste.

Entre à la Maternité en se plaignant de douleurs au bas-ventre depuis le 15 janvier ; le 16, léger écoulement sanguin. Le 17, nouvelles douleurs ; à 14 heures, la femme expulse un caillot à l'occasion d'une miction. Les pertes sanguines continuent.

A l'entrée (18 janvier), la température est de 38°. Le col utérin est entr'ouvert, une masse s'y engage ; on pratique un curage digital qui extrait le placenta.

Le lendemain, diarrhée, aggravation de l'état général, température 39° ; sérum antistreptococcique.

Le 20, arthralgies, diarrhée abondante, violentes douleurs au ventre, défense de la paroi, sensibilité péri-utérine.

Le 21, on constate la présence de deux déchirures vaginales à droite et à gauche, cette dernière remontant jusqu'au cul-de-sac. Elles sont la signature de la provocation.

Décès le 24.

L'autopsie montre une péritonite purulente généralisée à point de départ utérin.

OBSERVATION XL
(Clinique Obstétricale)

H. A..., 18 ans. Célibataire. Sans profession. Igeste.

D. R. : 2-10 avril. Raconte qu'elle aurait reçu le 12 juin un coup de pied au ventre, au cours d'une querelle. Aucune trace de ce traumatisme n'apparaît.

Coliques utérines et perte rosée légère le 13 juin. Arrêts et reprises successifs du travail.

Le 24 juin, de 15 à 24 heures, coliques toutes les dix minutes, avec léger écoulement de sang. L'utérus est gros, antéfléchi, le col fermé, ayant toute sa longueur. En avant, à l'union du col et du corps, on constate une irrégularité de la muqueuse sur une petite surface ; la femme ne peut en expliquer la provenance : il s'agit sans doute d'une lésion traumatique par tentative d'avortement.

Le 2 juillet, le travail a cessé. La grossesse continue. La femme n'a pas été revue dans la suite.

OBSERVATION XLI
(Clinique Obstétricale)

O. J..., 24 ans. Lingère. Mariée. Hpare (enfant vivant).

D. R. finies le 25 octobre. Cette femme entre à la Maternité le 4 février, se plaignant de fortes douleurs au bas-ventre depuis deux jours, avec fièvre (température 39°).

A l'entrée, sa température est de 38°, elle a des coliques et perd du sang ; ces pertes sont d'odeur fétide. On constate le lendemain que l'œuf est engagé dans le col ; l'expression utérine par l'abdomen fait expulser un fœtus de 12 centimètres. Une heure après, on pratique un curage digital : le placenta pèse 100 grammes. Suites normales.

Le fœtus expulsé porte sur l'hémithorax droit une déchirure des téguments assez longue et linéaire. Elle ne peut provenir que de manœuvres abortives, à l'aide d'un instrument acéré probablement.

OBSERVATION XLII
(Clinique Chirurgicale)

M. B... Mariée. Sans profession. III^e grossesse (2 enfants vivants).

Réglée normalement, aurait eu quelques vomissements en avril, et les règles suivantes seraient revenues à l'époque, mais modifiées dans leurs caractères. La femme déclare, à son entrée, avoir été prise brusquement, le 16 avril au soir, de douleurs violentes au bas-ventre, avec malaise général, vomissements bilieux, anurie ; le 17, perte d'un peu de sang, pouls fréquent, tendance à l'hypothermie, météorisme abdominal.

A son arrivée (18 avril), la température est de 36°, le pouls est à 100 ; malade prostrée ; pertes sanglantes ; vomissements bilieux, météorisme abdominal, anurie. Le col utérin est ramolli, entr'ouvert, et laisse échapper des débris membraneux, mêlés de caillots, le cul-de-sac postérieur est douloureux, les culs-de-sac latéraux œdémateux. On porte alors le diagnostic de grossesse ectopique avortée.

Les jours suivants, l'état général reste grave. Les vomissements continuent malgré le lavage de l'estomac. Douleurs au bas-ventre revenant toutes les dix minutes. On apprend alors incidemment que la femme se savait enceinte et a dû attenter au fruit de sa grossesse. Alors on pratique un curettage utérin léger à la curette mousse, non suivi de lavage par crainte d'une perforation de la matrice.

La péritonite évolue, et le 17 mai on sent l'utérus fixé, non douloureux, en retroversion adhérente ; à la partie inférieure du ventre, masse liquide, les anses intestinales sont refoulées dans les hypocondres ; température normale, pouls à 110.

Le 20 mai, laparotomie et drainage du petit bassin qui contenait deux litres de pus. Il s'agissait d'une péritonite cloisonnée,

OBSERVATION XLIII

(Personnelle)

N. A..., 24 ans. Célibataire. Bonne de restaurant. Igeste.

Réglée irrégulièrement depuis la puberté, souffrait du bas-ventre et avait des pertes blanches assez marquées. A des rapports fréquents ; se trouve enceinte rapidement mais ne s'en rend pas compte immédiatement en raison de l'irrégularité de ses époques. Le ventre grossit, quelques malaises apparaissent, deux époques menstruelles manquent consécutivement ; la gestation est alors devinée par l'intéressée ; très ennuyée de ce fait, elle en fait part à son amant qui s'empresse de s'éclipser en lui conseillant de se faire débarrasser de son fardeau. Elle se fait confirmer l'existence de sa grossesse par un examen médical qui décèle en outre la présence d'une déviation utérine, probablement congénitale. Dès lors, elle n'a plus qu'une préoccupation : se faire avorter, et elle va chercher cette alternative par tous les moyens. Elle a employé successivement les purgatifs les plus variés, salins, drastiques, de nombreuses spécialités, en augmentant et répétant les doses à chaque fois, devant l'échec de la précédente tentative. Elle n'a pas ménagé la fatigue corporelle, faisant les efforts les plus violents, s'exposant volontairement à des traumatismes. Pendant des semaines, elle absorbait chaque soir un grand verre d'absinthe Pernod pure, ayant ouï dire que cette boisson avait des vertus abortives, et l'ivresse s'ensuivait manifestement. Elle prit aussi des bains presque quotidiens, ajoutant à l'eau plusieurs kilogrammes de soude (cristaux du commerce) et plusieurs livres de farine de moutarde ; ces bains étaient pénibles, comme bien on pense : au cours de l'un d'eux il y eut une syncope ! Pendant son séjour dans l'eau, notre jeune fille s'introduisait dans le vagin un speculum rigide qu'elle avait acheté dans ce but, afin que l'action fût plus directe sur la matrice. N'obtenant aucun résultat appréciable, elle apprit, toujours par des « on dit » d'amies, que l'injection intra-utérine serait sans doute

plus efficace ; elle se mit donc en quête du matériel nécessaire. Elle acheta un énéma avec une canule en os longue et effilée : ceci fut vendu par une herboriste de la ville qui, en entendant demander par la cliente une longue canule, la fit entrer à l'arrière-fond de la boutique, et, en lui faisant comprendre que le silence le plus absolu était de rigueur au sujet de cette vente, lui montra plusieurs échantillons et lui fit choisir une canule : entre autres, il y avait là des canules droites, d'autres recourbées, en os, en métal, en gomme, etc. ; somme toute, un arsenal complet d'avorteuse. La marchande expliqua en outre brièvement le mode d'emploi de l'instrument choisi, une canule droite en os ayant un disque pour empêcher la pénétration trop loin, et un énéma sur lequel s'adaptait la dite canule ; elle parut vendre très cher sa marchandise. Rentrée chez elle, la femme exécuta les prescriptions qu'on lui avait faites de part et d'autre : le matériel étant stérilisé par ébullition dans de l'eau, elle s'accroupit et, tenant d'une main la canule, l'index de l'autre main partit à la recherche du col dans le vagin : il fut trouvé difficilement, en raison de la déviation utérine peut-être. La canule fut alors glissée sur cet index-guide jusqu'à ce que la femme ressentit une douleur vive : subitement affolée, elle prit peur, poussa quand même son injection (eau savonneuse bouillie), mais dut manquer son but, car le liquide reflua par la vulve. Aucun écoulement sanguin, aucune sensation particulière pendant que l'injection était poussée — et pour cause. La tentative échouée ne fut pas renouvelée. La patiente essaya encore des injections vaginales très chaudes, avec une sonde à double courant : elle n'en retira qu'une brûlure à la face interne des deux cuisses, qui mit fin à ces pratiques.

Devant ces échecs répétés, et enragée contre sa grossesse en quelques sorte, elle se décida à aller consulter une sage-femme qui, l'ayant examinée, diagnostiqua une gestation de quatre mois environ et, pressentie, consentit à interrompre celle-ci, non sans prévenir l'intéressée que les pratiques nécessitées seraient dangereuses et pouvaient amener la mort de l'avortée ; rendez-vous fut pris, le prix de l'intervention ayant été débattu

également ; mais jamais la femme n'osa retourner chez l'avorteuse, qui lui avait inspiré une sorte de terreur.

Vue à ce moment-là, elle était de nouveau à la recherche d'un purgatif qui la délivrerait enfin. C'est à ce sujet qu'elle avoua son vif désir de se faire avorter, et toutes ses tentatives infructueuses antérieures. Elle avait abandonné son travail, vivait recluse, ne prenait presque pas de nourriture et semblait considérablement déprimée au physique comme au moral ; c'était une véritable épave, furieuse d'une part de sa grossesse et de l'abandon que celle-ci avait motivé, craintive à l'excès d'autre part, sans aucune volonté. A partir de ce moment, fixée désormais sur le danger et le risque d'insuccès des tentatives abortives, elle en abandonna toute idée et reprit peu à peu sa vie habituelle.

La gestation continua à évoluer, mais un beau jour les mouvements de l'enfant ne furent plus perçus par la mère, celle-ci perdit ensuite les eaux et se dirigea vers la Maternité où elle expulsa un macéré de 2.300 grammes en présentation du siège ; la délivrance fut tardive, le placenta suspect, et la réaction de Wassermann, pratiquée sur le sang maternel, fortement positive. L'interruption de la grossesse reconnaissait donc comme cause une tare des parents et n'avait rien de commun sans doute avec les pratiques mises en œuvre dans les premiers mois de cette gestation si accidentée.

OBSERVATION XLIV

(Personnelle)

M. X... Célibataire, 17 ans. Employée de bureau. Igeste.

Réglée régulièrement. Ayant un retard de règles, pense qu'elle est enceinte et décide de se délivrer. Dans ce but, elle commence par absorber du sulfate de quinine, qui ne donne aucun résultat ; 25 grammes d'eau-de-vie allemande ne produisent qu'une forte purgation. On essaie alors les manœuvres plus directes : injections vaginales d'eau bouillie sous forte pression, en cherchant à atteindre le col, puis tentatives

infructueuses d'introduction dans l'orifice cervical d'une sonde rigide en gomme de faible calibre en vue d'y pousser une injection ; même insuccès avec une canule en os fine et longue qui blesse le col au cours de sa manipulation, et est retirée maculée de sang. La jeune fille est alors partie dans une grande ville de France où elle fut prise en pension par une sage-femme ayant la renommée de pratiquer l'avortement. Mise en place d'un laminaire ; le lendemain, avortement effectué par un procédé qui n'a pu être bien défini : l'opération, pratiquée avec une asepsie minutieuse, a duré une bonne demi-heure ; un spéculum fut mis en place, l'opérateur se servit d'instruments divers, dont une longue pince qui produisit par son introduction dans les voies génitales une sensation de piqure, et peut-être une curette (2) ; on pratiqua de l'expression abdominale.

La grossesse était de 4 mois environ. Les suites furent normales. Au cours de l'intervention (qui fut payée fort cher), un petit abcès de la surface externe du col fut signalé : il provenait probablement de la tentative qu'avait faite l'avortée elle-même antérieurement avec une canule en os.

Le même jour ont été « opérées » cinq autres femmes enceintes dans les mêmes conditions.

OBSERVATION XLV

(Docteur X...)

Multipare. A un retard de règles de deux mois environ.

Présente brusquement des phénomènes péritonéaux graves. Très réticente ; nie d'abord, puis reconnaît avoir fait elle-même trois jours auparavant une injection intra-utérine (instrument indéterminé).

L'état est tellement grave qu'on se contente de faire un drainage abdominal. Décès le soir même.

Résumé d'autopsie (Pratiquée par suites de circonstances spéciales). — Pus dans l'utérus, pus dans le péritoine. Il

existe deux ulcérations perforantes sur le trajet cervical, paraissant avoir été faites par un instrument piquant.

Dans une des trompes, une *grossesse extra-utérine* récente.

OBSERVATION XLVI

(*Clinique Chirurgicale*)

M. G..., 29 ans. Remariée. Sans profession. Deux enfants vivants. IV^geste. Normalement réglée. Aménorrhée au mois d'avril, attribuée par la malade à l'émotion vive produite par la perte de son plus jeune enfant (?). La femme ne parle nullement de sa grossesse actuelle et feint de l'ignorer : elle accuse des pertes sanguines assez abondantes depuis le 23 mai, puis l'apparition de douleurs intermittentes au bas-ventre.

A. l'entrée à l'hôpital (29 mai), frissons et fièvre ; température 40° ; ventre ballonné ; palper douloureux du petit bassin à droite et à gauche ; au détroit supérieur, on sent une tuméfaction assez confuse. Les fosses iliaques et hypocondres sont libres. Le vagin a ses parois œdématisées, molles ; le col utérin est ramolli, ouvert, admettant par son orifice trois doigts. Au palper combiné, le fond utérin est perçu remontant à plusieurs centimètres au-dessus de la symphyse. A droite, œdème du ligament large.

Le lendemain, facies un peu grippé. On pense à un avortement provoqué que la femme a cherché à cacher et on pratique, en face des accidents infectieux, un curage digital qui ramène un placenta déjà altéré, paraissant correspondre à une grossesse de 3 mois environ : ce qui ne laisse guère de doute sur le diagnostic posé.

OBSERVATION XLVII

(*Clinique Obstétricale*)

J. M..., 30 ans. Mariée. Electricienne. IV^e grossesse (2 enfants vivants). D. R. : 28 mars-4 avril. Gestation de 3 mois et demi environ. La femme est sujette à des crises néphrétiques depuis

8 ans. Le 17 juillet au soir, elle présente des douleurs lombaires violentes avec irradiations au bas-ventre. Vomissements abondants. Urines sanglantes. A l'entrée à la Maternité, col utérin gros portant deux ulcérations. Le lendemain, contractions utérines douloureuses, perte des eaux. On pense que l'état urinaire de la malade a retenti sur la gestation. La température est élevée. Le 19 juillet, expulsion, en urinant, d'un fœtus putréfié, complet, à odeur infecte ; à 19 heures, la délivrance ne se faisant pas, on pratique le curage digital : placenta putréfié également. Sérum antistreptococcique. On fait pratiquer ensuite un examen urinaire qui ne décèle qu'une cystite subaiguë localisée au trigone.

Le 28 juillet, la malade rentre chez elle, malgré la continuation de la fièvre, à type rémittent, qu'elle a depuis son entrée à la Maternité ; elle traitera sa cystite.

Elle est perdue de vue, mais le 25 août suivant, un peu plus d'un mois après sa fausse couche, elle rentre à l'hôpital, dans un service de chirurgie, pour un état septicémique auquel elle succombe.

L'autopsie montre qu'en réalité elle était atteinte d'une péritonite à abcès multiples, consécutive à son avortement, provoqué.

OBSERVATION XLVIII

(Clinique Obstétricale)

M^{lle} L. Sp..., 29 ans. Célibataire. Bonnetière. V^e grossesse (grossesses antérieures normales).

D. R. : 10-14 mai. Le travail habituel est continué jusqu'à l'accident actuel. Gestation tout à fait normale jusqu'à présent, de 1 mois et demi environ.

Le 12 juillet, à 4 heures, petites douleurs au bas-ventre, revenant toutes les deux ou trois minutes ; un quart d'heure après leur début, écoulement rosé, peu abondant, par la vulve, suivi bientôt de l'expulsion d'un fœtus. La femme a coupé elle-même le cordon. Expulsion d'une masse volumineuse de

caillots ; pas de membranes ni de débris placentaires remarqués parmi eux ; puis continuation de l'écoulement sanguin.

Les jours suivants, la femme reste couchée, perdant continuellement du sang par suintement ; la température ne fut pas prise, mais il y avait soif intense et céphalée ; pas de douleur au ventre.

Au bout de *quinze jours seulement*, la malade fait appeler une sage-femme qui prend sa température, lui donne une injection et l'envoie de suite à la Maternité où elle entre le 1^{er} août. On pratique de suite un curage digital, le col utérin étant perméable à un doigt, et on extrait un placenta à odeur fétide. Le 2 août, écouvillonnage iodé. Lochies très odorantes. L'état général, très mauvais à l'entrée, s'est aggravé de jour en jour, sans que l'on note de localisation abdominale nette, jusqu'au décès. Le courbe thermique oscille de 38° à 41°, le pouls de 100 à 140.

Résumé d'autopsie. — Septicémie. Aucune réaction péri-utérine apparente. Utérus gros, vide. La zone d'insertion placentaire apparaît comme une plaie grisâtre.

— Ici, il n'y a pas eu de renseignement sur l'étiologie de cet avortement, il est donc impossible d'en affirmer la cause. Néanmoins, on a l'impression d'avortement provoqué, de par l'apparition brusque et l'évolution des phénomènes généraux, et malgré les dénégations de cette femme qui, vivant chez ses parents, leur avait caché sa grossesse qu'elle n'ignorait pas. Nous citons cette observation comme type de cas où l'étiologie reste inconnue faute d'aveu, mais où la provocation est fortement soupçonnée. C'est ainsi que se présente souvent au médecin l'avortement criminellement provoqué.

OBSERVATION XLIX

(M. le Professeur MICHEL. — *Résumée*)

Femme mariée. 38 ans. Six enfants vivants.

Jouissant d'une bonne santé habituelle, cette femme, étant en voyage avec son amant, a un retard de règles de 8 à

10 jours ; elle se croit enceinte. Après un repas copieux à midi, elle fait une petite promenade en ville, au cours de laquelle elle achète différents instruments pour se faire avorter. Rentrée à sa chambre d'hôtel, elle se repose au lit une heure environ et, vers 15 heures, prépare tout pour se faire une injection dans la matrice dans un but abortif ; elle charge son irrigateur d'eau savonneuse, le munit d'une canule achetée précédemment et, se plaçant assise sur deux chaises, essaie de se faire elle-même l'injection dans la matrice ; deux tentatives successives sont sans succès ; la troisième réussit, mais aussitôt la patiente est prise d'un grand malaise : elle profère quelques paroles et meurt.

L'autopsie montre :

1° Qu'il n'y a pas grossesse et que l'utérus est intact, sans lésion traumatique ;

2° Que les autres viscères sont sains ; le cœur est un peu gras, le ventricule gauche vide de sang ; il y a des calculs dans la vésicule biliaire ; l'estomac est plein de chyme.

Il s'agit donc là d'une mort subite (au sens médico-légal du mot) comme on n'en a observé que de très rares cas jusqu'à présent, la littérature médicale n'en citant que trois ou quatre ; elle est attribuée à l'*inhibition* produite par les manœuvres exercées sur la matrice et favorisées, semble-t-il, par l'état de réplétion de l'estomac et la digestion en cours.

OBSERVATION X

(Clinique Obstétricale)

P. G..., 25 ans. Célibataire. Sténo-dactylographe. Igeste.

D. R. : 19-26 juillet (écourtées). Le 6 octobre, apparition de douleurs au bas-ventre ; le 8, pertes rosées, puis expulsion de caillots. Nouvelles pertes sanguines les jours suivants, fièvre. Entre à la Maternité le 14 avec une température de 39°5. Contractions utérines énergiques, expulsion d'un caillot volumineux. Le 16, œuf engagé dans le col ; on termine par un curetage. La température tombe.

La femme ayoue ensuite s'être donné elle-même, étant accroupie, 5 ou 6 injections intra-utérines d'eau de camomille avec une canule en os longue et une petite poire de caoutchouc.

DEUXIÈME PARTIE

Considérations sur la fréquence et les causes de l'avortement criminel sur l'avortée et l'avorteuse

En 1912, le Professeur HERGOTT attirait l'attention sur le nombre élevé des avortements qu'il constatait à la Maternité de Nancy : 386 cas pour une période de cinq années, ce qui donne une moyenne annuelle de 77.

Les chiffres que nous avons relevés d'après les statistiques de la Clinique obstétricale : 61 pour 1919, 81 pour 1920, 77 pour 1921, nous montrent que la situation a peu changé depuis.

Or, parmi les nombreux cas d'avortement que l'on observe couramment, on peut faire deux catégories : l'une, la plus importante, comprend les avortements spontanés ; tous les autres cas constituent la seconde catégorie, laquelle renferme certainement une bonne proportion d'avortements provoqués : les uns sont avoués par les femmes, plus ou moins facilement et rapidement ; pour d'autres, l'intéressée invoque un traumatisme quelconque, dont on ne retrouve souvent aucune trace, et parfois l'étiologie véritable ne se fait pas jour ; tous ces derniers ne doivent pas être considérés comme crimi-

nels, mais un grand nombre le sont probablement.

Il arrive enfin qu'égaré par des renseignements volontairement et adroitement faussés, on soit amené à un diagnostic inexact ou incomplet, et parfois ce dernier ne se précise, malheureusement, que sur la table d'autopsie (Obs. XXX, XLVII).

D'autre part, ne viennent pas au médecin ou à l'hôpital toutes les femmes qui se sont fait avorter ; elles ne le font probablement qu'en cas de complication ; de sorte qu'une statistique des cas observés par un praticien de la plus vaste expérience resterait encore au-dessous de la réalité.

Pour ces raisons, manque de contrôle et manque d'aveux, le nombre des avortements criminels est impossible à apprécier, même approximativement. Mais sans connaître les chiffres absolus, on peut en avoir une idée d'après les témoignages des médecins, chirurgiens, et surtout accoucheurs : tous s'accordent à dire que l'avortement criminellement provoqué atteint de nos jours une fréquence considérable, à la ville comme à la campagne...

*
* *

Quelles sont donc les raisons qui poussent tant de femmes à vouloir se faire avorter ?

Elles sont multiples et variées, certes, mais il en est quelques-unes que l'on retrouve bien souvent comme engendrant cette crainte de la maternité.

A ce propos, nous pouvons faire de ces malheureuses femmes deux catégories cadrant en général avec la situation sociale des intéressées, selon qu'elles sont célibataires ou mariées.

Il résulte de l'examen de nos observations que le

nombre des unes et des autres est sensiblement égal : 25 célibataires, pour 21 femmes mariées.

Survenant chez les premières, la grossesse est presque toujours importune, et ceci s'adresse aux veuves également : pour l'une c'est la honte, le prétendu déshonneur ; pour une autre ce sera l'appréhension de porter, mettre au monde et élever un enfant, embarras bien superflu de nos jours ; pour une troisième, le manque de ressources interviendra en premier lieu ; plusieurs de ces raisons sont réunies souvent.

Ajoutons que le nombre apparemment considérable des liaisons illégitimes, souvent fugaces, ne peut que pousser la femme à craindre la maternité, car elle a en outre à redouter l'abandon presque inévitable de la part de l'homme si elle se trouve « embarrassée » ; c'est là le tableau quotidien de l'amant qui s'éclipse en pareille occurrence.

Chez la femme mariée, un argument invoqué assez souvent est la charge supplémentaire que créerait une naissance nouvelle dans une famille déjà nombreuse ; « la misère est la grande faiseuse d'anges ». Ainsi, dans deux de nos observations, nous trouvons une fois cinq enfants vivants, une autre fois quatre : c'est ce qui a amené la mère à n'en plus vouloir à tout prix.

Dans d'autres ménages par contre, fait paradoxal, on ne veut pas d'enfant du tout, ou bien on n'en voudrait pas encore quand la Providence en envoie un (Obs. XI).

D'autres fois, c'est une grossesse à laquelle le mari est étranger, ce qui s'est vu plus fréquemment pendant la guerre récente.

Par-dessus tous ces motifs, percent l'égoïsme humain et l'absence de sens moral, sans oublier la facilité relative

avec laquelle le public peut se procurer et les mauvais conseils, et les instruments ou autres moyens pour réaliser ses desseins funestes.

*
* *

L'âge des avortées correspond naturellement à la période d'activité génitale de la femme : 17 ans et 39 ans sont les extrêmes que nous ayons rencontrés, 30 et 24 ans étant les plus nombreux.

*
* *

Quant à leur parité, elle est variable, mais on note une plus forte proportion de multipares (30), les primigestes étant d'ailleurs presque aussi nombreuses (21). Et parmi les multigestes, nous avons relevé : 10 secundipares, 5 tertipares, 4 quartipares, 2 quintipares, 3 sextipares et une septipare...

*
* *

Nous venons de dire que l'avortement criminel était excessivement fréquent, qu'il était pratiqué aussi bien dans les ménages que chez les célibataires ; nous pouvons ajouter, pour être complet, qu'on le rencontre dans tous les milieux de la Société.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur nos observations pour voir que, si le plus grand nombre d'entre elles mentionne comme ayant recherché l'interruption de leur grossesse des ouvrières, des femmes du peuple, des humbles somme toute, d'autres nous signalent par contre des employées, des épouses de condition moins modeste, quelques-unes enfin des femmes d'un rang plutôt élevé..., ainsi sont gravés tous les degrés de l'échelle sociale.

Les raisons ne sont sans doute pas les mêmes qui poussent ces personnes de condition différente à redouter la maternité ; mais peut-être ces raisons sont-elles d'une immoralité croissante au fur et à mesure qu'on s'élève dans la hiérarchie de notre société.

*
* *

L'une des causes des pratiques abortives précédemment signalées est le ferme désir qu'ont certaines femmes de n'avoir pas d'enfants du tout. Une telle résolution peut amener ces femmes à se procurer plusieurs fois l'avortement si elles ont des grossesses successives ; et lorsque ces dernières sont répétées, les malheureuses deviennent des habituées des manœuvres criminelles ; c'est ce que nous voyons bien dans deux de nos observations (n^{os} XXXVI et XXXVII), relatant, la première, une série de cinq avortements provoqués chez la même personne, dont *deux* dans la même année ; la seconde, une série de sept dont cinq provoqués.

L'appareil génital de telles femmes ne peut que souffrir de pareilles épreuves, sans oublier qu'au point de vue mental, ces avortées, obligées de dissimuler et leurs grossesses et leurs pratiques coupables, sont sans cesse alarmées, craintives, soupçonneuses, toujours sur le qui-vive en quelque sorte ; si bien que cette fatigue de leur esprit continuellement en éveil ne peut que s'ajouter à celle de leur corps pour risquer d'accabler leur organisme entier.

*
* *

Quelques-unes de nos observations nous montrent que l'avortée n'est pas toujours la seule personne intéressée dans l'histoire de son avortement ; elle a parfois recours

à l'aide d'autrui (13 cas sur 46) pour la réalisation de ses desseins, lorsqu'il s'agit de manœuvres mécaniques principalement.

Quelquefois, la femme enceinte a d'abord essayé de s'opérer elle-même, mais devant l'échec de ses tentatives elle doit se remettre entre les mains d'un expert.

Ce second acteur que nous voyons apparaître en scène est tantôt un personnage de fortune qui s'improvise avorteur : l'amant, le mari par exemple (Obs. XI), tantôt et le plus souvent un « professionnel ». Il existe en effet des gens qui, soit pour rendre service aux autres (?), soit plutôt dans un but lucratif, pratiquent d'une façon habituelle les manœuvres abortives, clandestinement sans doute, mais parfois avec une certaine réputation qui leur vaut une nombreuse clientèle. Assez souvent, nous voyons citées des sages-femmes ; elles sont placées mieux que n'importe qui, de par leurs connaissances professionnelles, pour se livrer à une telle besogne, et il est bien regrettable de constater que ces connaissances soient employées dans un but si malsain. Il existe même, dans la plupart des grandes villes, de véritables « cliniques » où l'on pratique l'avortement ; les pays étrangers en paraissent encore mieux fournis que la France : dans ces conditions, il est procuré en s'inspirant des données les plus modernes de nos connaissances médicales.

Nous avons remarqué que parfois aussi les femmes s'en allaient loin de leur résidence pour se remettre entre les mains d'autrui dans le but que nous connaissons ; dès que la vilaine mouche qu'est l'avorteuse a piqué sa victime, cette dernière est abandonnée à elle-même et renvoyée de suite à son domicile ; d'une part, l'opérateur se sent plus à l'aise en raison de la distance qui la sépare

de son opérée, car elle n'ignore pas les conséquences parfois terribles de son intervention ; d'autre part, la cliente ne manque pas de mettre sur le compte du voyage en chemin de fer l'accident qui ne tarde pas à survenir.

A ce propos, nous nous rappelons fort bien avoir vu à la Maternité une femme qui vint avorter un lundi matin. Elle reconnaissait avoir fait un voyage à Paris la veille même — son jour de repos — et déclarait que les douleurs l'avaient prise en chemin de fer pendant son retour. Aucune autre cause nette n'apparaissait comme ayant pu provoquer l'interruption de cette grossesse ; mais l'œuf fut expulsé en bloc, il semblait être âgé de cinq mois environ, et renfermait encore une grande partie de son liquide amniotique, le fœtus était frais ; seule manquait une petite portion de la caduque ; or, les membranes ne portaient qu'un orifice punctiforme ne ressemblant en rien à l'orifice de rupture des membranes, irrégulier et assez vaste, tel qu'on le rencontre ordinairement ; on avait plutôt l'impression d'un trou fait par une piqûre des membranes à l'aide d'un instrument délié ; et l'hypothèse d'avortement provoqué expliquait alors tout, même le voyage à Paris...

*
* *

L'âge de la gestation auquel les femmes tentent de se faire avorter est variable, mais dans la plupart des cas peu avancé. Ainsi, nous n'avons enregistré que deux provocations dépassant le milieu de la durée normale de la gestation : dans ces deux cas, il s'agissait en réalité d'accouchement provoqué prématurément, la grossesse ayant atteint 8 mois (Obs. XXVIII) et 7 mois et demi (Obs. XXXVI) ; mais au point de vue où nous nous pla-

cons, nous pouvons les assimiler aux autres. Pour tous les autres cas où nous avons eu des renseignements suffisants à ce sujet, la provocation a eu lieu :

- 4 fois au premier mois.
- 31 — au second mois.
- 5 — au troisième mois.
- 6 — au quatrième mois.

C'est donc le second mois qui est choisi de préférence ; on sait qu'à cette période, la grossesse est plus fragile.

Remarquons que ces dates mentionnées plus haut correspondent en général à l'époque où s'est produit la fausse couche, mais non pas toujours à celle où ont été pratiquées les manœuvres criminelles, des tentatives non suivies de succès ayant très bien pu précéder celle qui a réussi. Ainsi, dans les quelques cas où nous avons pu obtenir des aveux complets, nous constatons que ces tentatives ont été multiples parce que répétées jusqu'à obtention d'un résultat (ou jusqu'à arrêt pour cause d'accident), en ce qui concerne l'auto-avortement tout au moins, et qu'elles ont débuté dès que la femme s'est crue enceinte. Aussi sommes-nous porté à croire que bien des femmes, redoutant la grossesse, guettent à chaque période menstruelles leur retour de règles avec impatience, et, dès le moindre retard observé, s'adonnent de suite aux pratiques abortives (Obs. XI, XVI, XXXI, XXXV, XLIX).

Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce point plus loin.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Des procédés abortifs

Différents moyens sont à la disposition des femmes pour tenter d'interrompre le cours de leur gestation.

Citons en premier lieu l'absorption de substances réputées abortives, qui sont nombreuses ; ce sont, d'une façon générale, les purgatifs, surtout drastiques, les ocytociques (quinine), les emmenaguogues (apiol) ; nous n'avons relevé leur emploi qu'un petit nombre de fois, mais cela tient peut-être à une lacune dans les aveux que les personnes interrogées ont bien voulu faire ; il est certain en effet que les tentatives abortives ont débuté parfois par l'ingestion de drogues, dont on attendait un effet : devant l'échec de la méthode, on a eu recours à d'autres procédés. Nous citerons à l'appui de cette opinion les trois observations XXXVII, XLIII et XLIV, qui nous montrent la succession des essais médicamenteux, et leur résultat négatif malgré leur nombre : dans l'observation XLIII, toute la gamme des ocytociques et purgatifs a été épuisée, sans plus de succès d'ailleurs. Par contre, l'observation I nous montre un cas où l'eau-de-vie allemande semble avoir été efficace ; de même une malade

nous a affirmé s'être fait avorter en absorbant une forte dose de thé Chambard (à base de séné) alors que plusieurs autres purgatifs n'avaient rien produit de semblable : cela nous semble bien sujet à caution et il est possible que les aveux aient été incomplets dans les deux cas.

Nous n'avons pas remarqué l'emploi de l'ergot de seigle, dont on peut soupçonner l'usage néanmoins.

Nous ne ferons que citer divers autres moyens employés peut-être assez souvent, mais dont l'efficacité est bien douteuse : les bains, même sinapisés (Obs. XLIII), la fatigue exagérée et les efforts physiques violents, qui semblent être des moyens adjuvants plutôt qu'efficaces, mais insuffisants pour atteindre les effets recherchés, à moins d'arriver aux traumatismes assez considérables.

Nous en arrivons alors aux pratiques de beaucoup les plus employées et les plus efficaces, à savoir les manœuvres exercées directement sur l'utérus et son contenu. Nous en avons une proportion de 52 sur 53, ce qui est beaucoup. Elles consistent à atteindre la matrice gravide en passant par la vulve et le vagin ; il est nécessaire alors d'employer une instrumentation soit spéciale, soit de fortune, car de simples manœuvres manuelles ne suffiraient pas ; et ici encore, plusieurs procédés se présentent : tantôt l'introduction simple dans la cavité utérine de corps, rigides le plus souvent, assez effilés pour pouvoir y pénétrer (ponction), tantôt l'injection dans cette même cavité d'une certaine quantité d'un liquide approprié, tantôt enfin la simple dilatation du col.

L'emploi de la tige de laminaire pour cette dilatation (3 cas) nécessite l'intervention d'un complice et aussi, de la part de ce complice, des connaissances et une pratique un peu spéciales ; il ne nous paraît pas possible en effet

qu'une femme, si adroite soit-elle de ses mains, puisse se poser elle-même une laminaire dans le col.

De même l'usage de la curette, quoiqu'il nous ait été signalé par une femme qui s'est fait avorter par une sage-femme, nous paraît bien dangereux et même assez difficile, attendu qu'il nécessite auparavant une dilatation suffisante de l'orifice cervical ; il est probable qu'en cette histoire il y a eu confusion d'instrument.

Pour ce qui est des deux autres procédés, ponction et injection intra-utérine, l'intervention d'un complice n'est nullement nécessaire : il nous suffit de dire que sur 47 tentatives par manœuvres directes, 34 ont été pratiquées par la femme enceinte elle-même. L'auto-avortement paraît donc être plus fréquent même que l'hétéro-avortement : ce dernier est pratiqué souvent par des personnages dont nous avons parlé plus haut, et dont certains s'inspirent des procédés de la chirurgie, s'aidant du speculum et même de pinces de Museux pour abaisser le col ; ceux qui n'en usent pas peuvent rencontrer des difficultés pour pratiquer au jugé le cathéterisme utérin en quelque sorte, d'où possibilité d'accidents, particulièrement de fausses routes ; mais plus grandes doivent être encore ces difficultés pour le profane qui s'improvise avorteur, le mari par exemple (Obs. XI), néanmoins ce profane peut arriver à ses fins (même observation).

Et lorsque c'est la femme enceinte qui « s'opère » elle-même, la tâche ne doit pas être moindre ; pourtant, elle n'est pas insurmontable, puisque nous enregistrons sur 34 tentatives semblables, 26 cas couronnés de succès ; tandis que pour l'hétéro-avortement, nous trouvons 12 succès sur 13 tentatives.

Pour arriver à introduire dans l'orifice cervical l'extré-

mité de l'instrument choisi, la femme commence à repérer le col avec un doigt introduit dans le vagin, généralement l'index ; ceci fait, l'instrument, tenu de l'autre main, est glissé à son tour dans les voies génitales le long de ce doigt guide jusqu'à l'orifice cervical dans lequel il est poussé. C'est ainsi qu'ont procédé la plupart des avortées dont nous avons pu obtenir un récit assez détaillé de leurs manœuvres ; quelques-unes se sont contentées d'introduire l'instrument seul dans la cavité vaginale et ont piqué soit au hasard dans ce conduit, soit en croyant être arrivées sur le col utérin. Remarquons que, dans ce dernier cas, les fausses routes ne sont pas rares ; chez l'une des avortées même qui s'était servie d'une canule droite, cette dernière, évitant le vagin, est allée dans l'urètre (Obs. XXXI). Assez souvent, les femmes se sont accroupies pour faciliter leurs manœuvres, plus rarement couchées ; l'une d'elles s'est servie d'un miroir posé à plat sur le sol et, accroupie au-dessus de lui, a réussi au bout d'une heure — dit-elle — de tentatives infructueuses, à introduire une sonde de Nélaton dans son utérus (Obs. XIII).

Il résulte de ce qui précède que l'auto-avortement, s'il est parfois laborieux, n'en est pas moins réalisable et réalisé souvent, même chez la primigeste ; nous ne partageons donc pas l'opinion du docteur MORIN, qui n'admet la possibilité de cette réalisation qu'à condition « que la matrice soit située un peu bas et que les parties aient été dilatées par des accouchements antérieurs ». Douze de nos observations prouvent le contraire. D'ailleurs, il est de connaissance courante que certaines femmes, des prostituées par exemple, sont capables, au moyen d'un miroir et en écartant les parois vaginales avec leurs

doigts, de voir ainsi l'image de leur col utérin et même d'introduire dans celui-ci un objet quelconque assez effilé, et cela sans qu'elles aient jamais accouché ni même été enceintes.

Nous avons dit plus haut que l'avortement pouvait être tenté par la simple introduction dans la cavité utérine d'un objet dur suffisamment effilé pour pouvoir y pénétrer : c'est ce que les classiques appellent la *ponction* de l'œuf. Pratiquée depuis l'antiquité, ce procédé semble bien détrôné à l'heure actuelle par l'injection intra-utérine. Nous n'en avons trouvé que 7 cas auxquels nous rattachons ceux où l'avortement fut recherché par l'introduction seule de sondes sans pousser de liquide par l'intermédiaire de celles-ci.

Les objets les plus disparates ont été utilisés dans ce but, on en a fait des collections dans les musées des laboratoires de médecine légale ; mais le plus souvent, c'est l'aiguille qui est choisie, aiguille à tricoter qui est suffisamment longue et déliée pour l'usage qu'on lui demande. Le cas rapporté par l'observation XXXVIII est particulièrement curieux à ce sujet : après l'expulsion de l'arrière faix, on constata que le cordon ombilical passait à travers les membranes par un orifice différent de celui qui avait livré passage au fœtus : ce qui laisse supposer que l'instrument utilisé devait être semblable à un crochet, lequel ayant ponctionné l'œuf, aurait happé au passage le cordon et l'aurait amené hors des membranes lors de son retrait. En dehors de ces instruments de fortune, nous en voyons employer d'autres construits pour être introduits dans l'utérus, mais en d'autres circonstances : ainsi la sonde intra-utérine en métal (Obs. XVII), ou empruntés à l'arsenal du chirurgien, mais détournés de leur

destination première : exemple les sondes et bougies urétrales en caoutchouc ou en gomme, souples ou plutôt rigides, qui sont usitées également pour l'injection intra-utérine ; n'oublions pas la vulgaire sonde de Nélaton montée sur un mandrin rigide en métal (Obs. XXIII).

L'injection intra-utérine est certes le procédé de choix à l'heure actuelle. Pratiquée de bien moins longue date que la ponction (déjà connue des Romains), elle a à peu près supplanté cette dernière ; c'est le procédé moderne en quelque sorte. Ainsi, de nos 49 observations relatant 56 tentatives sérieuses d'avortement provoqué, découle la petite statistique suivante :

Mode de provocation indéterminé.....	10 cas.
Emploi de laminaire seule.....	1 —
Absorption seule (p) de drogues (avec résultat).....	1 —
Ponction	15 —
Injection intra-utérine.....	29 —

Pratiquée par la femme elle-même, ou par une seconde personne, l'injection nécessite une instrumentation un peu plus compliquée que la simple ponction. Il faut, en effet, un injecteur et un liquide à injecter.

L'injecteur sera soit l'appareil à injections vaginales, soit une seringue, soit une poire en caoutchouc, peu importe d'ailleurs, la partie essentielle étant constituée par la canule. Cette dernière joue en effet le rôle primordial, car les canules ordinaires à injections vaginales (ou à lavement) ne permettent pas, sauf peut-être de très rares exceptions, d'être introduites jusque dans l'utérus. Nous ne pensons pas que les injections vaginales, si fortes soient-elles comme pression et si répétées, puissent pro-

duire à elles seules le déclanchement du travail. Il faut, pour pénétrer dans la matrice gravide une canule assez longue et assez effilée, au début de la gestation du moins. Les sondes urétrales, surtout de petit calibre, les sondes spéciales des gynécologues et des accoucheurs et surtout la canule dite « anglaise » sont également utilisables. Cette dernière est une canule droite en os, longue de 15 à 30 centimètres et très déliée ; elle peut s'adapter sur tous les modèles d'injecteurs à peu près, en particulier sur l'énéma et surtout sur les poires en caoutchouc que l'on vend généralement avec elle ; l'unique destination que nous lui connaissions est la pratique de l'avortement, elle n'est probablement fabriquée que dans ce but ; et si sa vente au public est interdite par la loi, sa fabrication reste libre... Elle remplit les conditions juste nécessaires pour pouvoir être introduite à travers la cavité vaginale jusque dans l'orifice cervical ; on pousse alors l'injection. Elle semble avoir la faveur des femmes qui se font avorter elles-mêmes ; ainsi, nous relevons son emploi 15 fois sur 23 tentatives d'auto-avortement par injection, la sonde de Braun ayant été utilisée une fois, la sonde en gomme 3 fois et l'instrument restant indéterminé dans 11 cas ; une canule à lavement aurait été en outre utilisée une fois avec succès (?) (Obs. VII). Cette faveur paraît justifiée du reste par ce fait que cette canule (ou les genres très voisins) s'adapte sur n'importe quel injecteur et surtout parce que sa rigidité lui permet d'être guidée plus aisément par un doigt vaginal à la recherche du col : d'où sa supériorité sur les sondes molles ou demi-molles.

Le liquide employé pour l'injection est presque toujours de l'eau, soit pure, soit additionnée d'une substance à laquelle on prête des vertus spéciales : le vinaigre et le

savon sont très en vogue, exceptionnellement le vinaigre est pur (Obs. IV) ; le formol, la camomille infusée, l'alcali du commerce sont plus rarement utilisés. Nous pensons que, pratiquement, l'addition d'un autre corps à l'eau injectée a peu d'importance, sauf si c'est un caustique ou un fort irritant. Il est plus intéressant pour nous de constater que si cette eau est préalablement bouillie dans certains cas, elle ne l'est pas dans la majorité et peut alors apporter avec elle un agent infectieux dans les voies génitales de la femme ; la teinture d'iode n'a pas cet inconvénient...

L'injection est tantôt unique, tantôt répétée lorsqu'elle ne semble pas avoir agi, ou agit trop lentement au gré de l'intéressée. Une seule suffit souvent d'ailleurs (15 cas). Nous en relevons jusqu'à cinq ou six dans quelques cas (2), deux dans plusieurs autres (4), parfois trois (1).

Remarquons que dans l'immense majorité des cas l'instrumentation, quelle qu'elle soit, n'est pas stérilisée avant usage, elle est manipulée telle qu'on se la procure.

Nous ne pouvons que signaler l'emploi, tout à fait rare d'ailleurs, d'autres procédés, d'hétéro-avortement surtout, faute de renseignements (Obs. XV, XXXVII [4°], XLIV).

— Quels sont les phénomènes remarqués par les avortées au moment des manœuvres qu'elles subissent ou s'imposent ?

Les sensations accusées sont variables suivant les cas ; tantôt indolores, ces pratiques sont d'autres fois douloureuses, parfois excessivement. A noter que dans un cas où nous avons eu des renseignements précis, l'introduction de la canule dans la matrice ne fut pas pénible, tandis que l'injection d'eau formolée qui fut poussée aussitôt après, produisit une douleur extrêmement violente

et prolongée (Obs. XXIX) ; cela tenait peut-être à la nature du liquide employé (formol). En outre de la douleur, on peut noter un écoulement léger de sang ou de liquide rosé, écoulement qui peut être le seul phénomène remarqué. La manœuvre s'accompagne parfois, mais plus rarement, de phénomènes généraux : vomissements, sensations de malaise, syncope même (Obs. XXXVI).

— Nous avons vu précédemment que les manœuvres abortives étaient réalisées ou bien avec des objets de fortune, ou bien avec des instruments chirurgicaux *ad hoc*, ou construits dans un but tout autre ; manipulés par le médecin, certains autres à la rigueur par la sage-femme, ces instruments ne nous surprennent pas ; mais comment peuvent-ils parvenir dans les mains des profanes ? Ceci tient tout simplement à ce que leur vente est entièrement libre : le public peut se procurer tout le matériel médical qu'il désire, toutes les sondes qu'il voudra, même les laminaires ! Quant aux canules n'ayant aucune destination utile apparente, telle la canule anglaise, elles se vendent également, clandestinement sans doute ; il nous semble alors que, vu son absence d'utilité dans l'arsenal hygiénique et même médical, on pourrait en interdire la fabrication ou l'importation.

CHAPITRE II

Évolution de l'avortement provoqué

L'avortement est l'expulsion prématurée du produit de la conception ; il se manifeste par un véritable travail tout comme l'accouchement : contractions utérines douloureuses, accompagnées de pertes sanguines d'importance très variable, et, lorsque les circonstances sont assez favorables pour en permettre l'observation, écoulement de liquide amniotique ; l'aboutissant est l'issue de l'œuf hors de la matrice.

Il ne faudrait pas croire pourtant que toute fausse couche évolue toujours de la même façon immuable ; la clinique nous montre qu'au contraire rien n'est plus varié que cette évolution ; l'âge de la gestation lui imprime d'abord ses caractères spéciaux ; l'étiologie lui apporte-t-elle les siens, en particulier le fait de la provocation ? C'est ce que nous avons essayé de dégager. Dans ce but, nous avons étudié, comparativement à nos 49 observations, cent cas d'avortements spontanés d'étiologie diverse, observés à la Maternité de Nancy ; cette étude nous a fourni en outre d'autres termes de comparaison pour certains autres points de notre ouvrage, comme nous le verrons dans la suite.

Un fait nous a frappé tout d'abord : c'est la constatation assez fréquente de prodromes, pour l'avortement spontané ; il y a souvent des écoulements sanguins d'importance variable, parfois longtemps à l'avance, d'autres fois des douleurs au bas-ventre, ou d'autres malaises, qui correspondent sans doute à des lésions de l'œuf, et de la caduque en particulier. Tandis que l'avortement criminel entre plus franchement en travail : c'est un œuf sain la plupart du temps, qui est surpris brutalement en pleine vie par l'attentat dirigé contre lui.

Le travail débute plus ou moins longtemps après la tentative de provocation, le délai ainsi écoulé variant de quelques instants à plusieurs jours ; parfois, ce début se confond même avec la manœuvre.

En dehors de cela, nous avons remarqué que le travail ne commençait pas toujours de la même façon : il y a bien des variantes il est vrai, néanmoins on peut dire que tantôt ce sont les douleurs qui dominent la scène, tantôt c'est l'apparition de pertes sanguines assez sérieuses ; plus rarement, les coliques utérines s'accompagnent d'écoulement sanguin notable sans que l'un de ces deux symptômes efface l'autre. Sur nos 100 cas d'avortement spontané, 45 (donc la majorité) ont débuté par des pertes sanguines seulement, 29 par des coliques utérines, 21 par des coliques accompagnées de pertes de sang, et 4 par la perte des eaux ; un seul s'est traduit par l'expulsion ovulaire sans qu'aucun autre symptôme ait été remarqué (ce qui est exceptionnel). Tandis que dans l'avortement provoqué c'est l'apparition des douleurs qui est la première en date, assez souvent contemporaine d'un très léger écoulement sanguin ou plutôt rosé (25 cas) ; plus rarement apparaissent avec les coliques des pertes san-

glantes franches (6 cas) ; plus rarement encore il n'y a que la métrorragie comme signe unique (5 cas).

Le fait de la provocation ne semble pas modifier les caractères imprimés à la fausse couche par l'âge de la gestation. Au cours des premières semaines et jusque vers deux mois, il y a expulsion de l'œuf en bloc : c'est une vésicule entourée partout de caduque et mêlée de caillots sanguins qui la masquent parfois complètement, surtout lorsqu'elle est encore très petite, à tel point qu'elle peut passer inaperçue ; elle est d'ailleurs plus ou moins dilacérée, presque toujours ouverte, on n'y reconnaît pas toujours l'aire embryonnaire. A partir du deuxième mois environ, le fœtus est différencié ainsi que son cordon ombilical ; son expulsion précède le plus souvent celle de l'arrière-faix, l'avortement se fait ainsi en deux temps. Plus la gestation s'avance en âge et plus la fausse couche se rapproche de l'accouchement normal par ses caractères.

Quant à la durée du travail, elle aussi est très variable. L'expulsion ovulaire, qu'elle se fasse en un ou deux temps, est loin d'être toujours spontanée ; dans bon nombre de cas en effet, une intervention est nécessaire pour terminer la fausse couche parce que commandée par une complication ; d'autre part, le travail ne débute pas toujours franchement. En mesurant le temps écoulé entre le moment de la provocation et celui de l'expulsion fœtale (ou ovulaire quand elle se fait en bloc), nous obtenons une moyenne de 5 à 6 jours pour 23 cas où nous avons des renseignements suffisants. Tandis que pour nos cent avortements spontanés, cette même durée oscillait autour de 2 jours, avec quelques rares cas allant de 5 à 8 jours. Donc, en gros, travail plus lent en cas de

crime. A remarquer en outre que lorsque l'avortement se fait en deux temps, l'expulsion placentaire tarde plus en cas de provocation : sur 12 cas où nous avons des données précises à ce sujet, elle ne s'est faite que 4 fois précocement, c'est-à-dire quelques heures après l'expulsion fœtale, 3 fois après 24 heures, et 5 fois elle a tardé plus de 2 jours, tandis que sur 32 cas d'avortement spontané, l'arrière faix fut expulsé 26 fois dans les heures qui suivirent l'expulsion fœtale, et 6 fois seulement après 24 heures (8 jours dans un cas où les choses furent abandonnées à elles-mêmes faute des soins nécessaires). En poussant un peu plus loin l'étude du laps de temps qui sépare la manœuvre abortive de son résultat effectif, nous constatons qu'il varie un peu avec le mode de provocation utilisé : l'eau-de-vie allemande aurait abouti à l'expulsion en 2 jours (?) ; avec l'injection intra-utérine, lorsqu'elle atteint le but recherché, nous obtenons les chiffres suivants : une fois 2 jours, trois fois 3 jours, deux fois 4 jours, deux fois 7 jours, quatre fois 8 jours, quatre fois 9 jours, une fois 17 *jours* ; et avec la ponction : deux fois 1 jour, une fois 2 jours, deux fois 3 jours, trois fois 4 jours, et une fois 21 *jours* (ce qui est énorme). Il semblerait donc que l'injection aboutit moins vite au résultat, contrairement à l'opinion classique.

* Quoi qu'il en soit, il ressort de là que le temps écoulé entre la manœuvre et l'avortement est assez long, plus long qu'on ne le croit en général ; il ne faudrait pas s'étonner de le voir aller jusqu'à un mois.

CHAPITRE III

Complications

Les complications de l'avortement criminel sont variées ; elles sont en outre excessivement fréquentes.

D'après l'époque à laquelle elles apparaissent, nous aurons à envisager :

1° Des complications immédiates, contemporaines de la provocation ;

2° Des complications proches, se produisant au cours de l'évolution de la fausse couche ;

3° Des complications éloignées, n'apparaissant qu'après la terminaison de l'expulsion ovulaire.

COMPLICATIONS IMMÉDIATES. — A part l'intoxication possible par ingestion de doses trop élevées de médicaments réputés abortifs, il n'y a guère que les manœuvres mécaniques tendant à atteindre directement l'œuf dans la matrice qui puissent provoquer des accidents de cette catégorie. Ces accidents seront soit locaux, soit généraux. Les derniers sont de beaucoup les plus rares ; ils consistent en sensation prononcée de malaise, pouvant aller jusqu'à la syncope ; on peut même observer la *mort subite* (Obs. XLIX), quoique ce soit une éventualité rare.

Beaucoup plus fréquentes sont, les complications locales, particulièrement les blessures produites par les instruments variés que nous avons cités au cours d'un chapitre précédent. Elles intéressent les organes génitaux féminins et parfois leurs voisins.

Il est facile de comprendre que la vulve échappe aux traumatismes de ce genre. Par contre, le vagin est atteint quelquefois, tantôt dans ses parois latérales, tantôt dans sa portion toute supérieure, au voisinage immédiat du col ; cette zone est plus fréquemment touchée, cela se conçoit. Nous enregistrons 4 cas de lésions vaginales sur 49 observations : dans l'un d'eux (n° XXXIX), il s'agit de deux déchirures de la paroi, latérales, situées l'une à droite et l'autre à gauche ; dans les 3 autres cas (Obs. XXXII, XXXIII et XXXV), il y a eu perforation de l'organe, avec formation de phlegmons dans la suite : à noter que dans l'un d'eux la blessure siégeait assez loin du col, très latéralement (Obs. XXXII). L'utérus, lui, est plus souvent traumatisé que le vagin ; nous avons trouvé 7 cas de plaies de cet organe. Tantôt elles intéressent la surface extérieure seulement, elles sont donc limitées au col et tout au plus à l'isthme, à la portion vaginale de l'organe ; c'est ce qui s'est produit dans 2 cas ; il s'agissait une fois d'une piqûre ayant causé un petit abcès de siège non précisé (Obs. XLIV) et l'autre fois (Obs. XL), d'une simple érosion de la face antérieure, vers l'isthme, et n'intéressant que la muqueuse. Plus souvent, c'est la surface intérieure de la cavité utérine qui est atteinte (5 cas) ; la blessure se trouve soit au trajet cervical (Obs. XXX), soit au niveau du segment inférieur (Obs. III), soit enfin au niveau du corps (Obs. XXV et XLV) ; dans ces deux derniers cas seulement elle était perforante, et une fois double ; en pareil cas, la zone médiane et postérieure de l'organe semble plus exposée ; les déviations de la matrice peuvent sans doute contribuer à localiser différemment ces sortes de traumatismes. Les lésions de ce genre sont des plaies arrondies, ou rectilignes et de lon-

gueur variable, tantôt superficielles, tantôt profondes et allant jusqu'à la perforation complète du viscère touché. Elles ont sans doute une importance considérable en médecine légale. Leur existence peut être révélée au médecin soit par l'examen de la femme avortée, soit au cours d'autopsies. Mais il est probable que de telles plaies passent inaperçues dans d'autres cas où elles sont inaccessibles au doigt ou à l'œil, quand l'issue de l'avortement n'est pas fatale. Lorsque leur profondeur dépasse l'épaisseur de l'organe intéressé, elles atteignent tout naturellement les organes voisins, le péritoine tout particulièrement. Leur production s'accompagne le plus souvent d'une vive douleur, ce que n'accusent pas les femmes lorsqu'on leur passe un instrument dans la cavité cervicale. Ces lésions traumatiques sont sans aucun doute favorisées par l'état de mollesse spéciale à l'utérus gravide.

Des plaie de nature un peu particulière furent observées autrefois au service du Professeur Gross : il s'agissait de brûlures graves du vagin produites par une pastille de sublimé qu'une femme enceinte s'était introduite telle quelle dans le vagin, pensant ainsi se faire avorter ; la mort fut d'ailleurs la conséquence de cette malheureuse tentative, avec les signes d'intoxication mercurielle grave.

Nous signalerons un autre accident des pratiques abortives mécaniques, à savoir la rétention de l'instrument employé dans ce but ou de l'un de ses fragments lorsqu'il s'est rompu : ainsi une sonde de Nélaton entière (Obs. XIII), une extrémité de sonde en gomme (Obs. XVII) ont été laissées dans la cavité utérine en pareil cas ; de même un fragment d'aiguille métallique fiché dans un fibrome

qui avait été pris pour une grossesse : en ce cas, la rétention fut prolongée.

Nous rappellerons à ce sujet une observation rapportée par un chirurgien de Genève, celle d'une femme qui souffrait d'une affection simulant une salpingite et fut opérée dans ces conditions : on découvrit au cours de l'intervention une sonde en gomme n° 8 longue de 25 centimètres, sous-péritonéale et placée à cheval sur le cul-de-sac antérieur du vagin, au milieu d'une collection purulente ; cet instrument provenait d'une manœuvre abortive pratiquée *deux années* auparavant par une sage-femme sur un utérus qu'elle avait cru gravide et qui ne l'était pas ; la dite sonde n'avait pu venir ainsi se loger qu'en perforant la matrice.

Enfin l'instrument employé, manié par des mains sans doute inhabiles, peut manquer l'orifice vaginal et passer dans le canal de l'urètre (Obs. XXXI) ; c'est là un fait probablement exceptionnel.

COMPLICATIONS PROCHES. — Pendant l'évolution elle-même de la fausse couche, on peut observer plusieurs complications.

L'une des plus fréquentes est constituée par la rétention dans la cavité utérine de certaines parties de l'œuf, ou même de l'œuf entier incomplètement décollé. En cas d'avortement ovulaire, la masse entière de l'œuf peut rester rattachée à la paroi utérine par une zone plus ou moins vaste de sa surface ; quand il s'agit d'une grossesse plus avancée, la fausse couche se faisant en deux temps, l'expulsion fœtale peut n'être pas suivie de celle de l'arrière faix ; il y a alors *rétention placentaire* ; parfois, il ne s'agit que de débris minimes retenus dans la

matrice, mais cela peut suffire à engendrer des accidents hémorragiques ou infectieux.

La rétention placentaire est relativement fréquente : 17 fois sur 37 avortements provoqués. La proportion est moins forte dans l'avortement spontané : 20 %. Comme au cours de ce dernier, la caduque est loin d'être mûre pour le clivage, contrairement à ce qui se passe dans l'accouchement normal : ainsi s'explique le retard apporté à l'expulsion spontanée de l'arrière faix, ainsi que la possibilité pour de petits débris de caduque ovulaire ou même de membranes de rester à la traîne dans la cavité utérine ; on sait que ce retard peut être fort long et durer des semaines si on laisse faire. D'où la nécessité d'intervenir si souvent pour évacuer artificiellement cette cavité. La rétention expose en effet à d'autres complications qu'elle entraîne presque fatalement : l'hémorragie et l'infection. Nous ne ferons que citer une autre éventualité possible mais plus rare : le développement dans la matrice et aux dépens de débris placentaires retenus, de véritables néoplasmes bénins ou malins.

L'hémorragie est une autre complication possible de l'avortement. Quand ce dernier est spontané, cet accident est relativement rare, à condition de ne prendre pour tel que les pertes sanguines d'une certaine importance et non pas l'écoulement sanguin modéré qui accompagne toute fausse couche, de même que tout accouchement ; ainsi, sur 100 cas, nous ne le trouvons que 6 fois, et sur 37 cas où la provocation a été certaine, il est survenu 4 fois. La fréquence est sensiblement la même.

L'accident hémorragique est constitué par un écoulement sanguin tantôt léger mais prolongé (Obs. IX), tantôt abondant et brusque (Obs. XVI, XXIV, XXI). Il est dû,

comme nous l'avons déjà dit, au décollement incomplet de l'œuf entier ou à la rétention placentaire que nous avons étudiée précédemment.

Mais la complication de beaucoup la plus importante à tous points de vue est certes l'*infection*. Nous l'avons constatée 33 fois, c'est dire son extrême fréquence. Elle est due à l'introduction de germes septiques dans les voies génitales de la femme, et plus particulièrement dans la cavité utérine. Ces germes virulents sont apportés le plus souvent au cours des manœuvres abortives ; ceci ne surprend pas, attendu que dans la majorité des cas ces manœuvres sont pratiquées sans aucun souci des préceptes de l'asepsie, comme nous l'avons déjà fait remarquer antérieurement ; dans les rares cas où les précautions nécessaires furent prises à cet égard, l'infection a été évitée (Obs. XIII, XXIV, XXVII, XXXVI, XLIV). L'inoculation a lieu le plus souvent au niveau de la matrice ; elle accompagne ses blessures quand il en existe, ainsi que celles des autres organes lorsqu'ils sont atteints : vagin, panamètre, péritoine, etc... Elle existe en outre fréquemment lorsqu'il n'y a aucune effraction du tractus génital. La rétention placentaire est un autre grand facteur d'infection, nous voyons coïncider souvent ces deux accidents, mais il est probable que le second n'est pas nécessairement l'aboutissant du premier, car dans l'avortement spontané, nous trouvons très rarement des signes d'infection (4 %) alors que la rétention placentaire est plus fréquente ; d'autre part, parmi les avortements criminels que nous avons étudiés, les signes d'infection et particulièrement l'hyperthermie apparaissent précocement, avant toute expulsion et toute rétention. Nous pensons qu'à part quelques rares exceptions

où il existerait déjà dans les voies génitales de la femme avant toute tentative de provocation, l'agent infectieux en cause est apporté au cours des manœuvres abortives par les objets utilisés dans ce but ; la rétention placentaire ou ovulaire ne ferait que favoriser par sa présence le développement et l'extension de l'infection ainsi amenée. La signature de l'infection est l'existence d'une réaction fébrile ; d'intensité variable, celle-ci dépend de la nature et de l'étendue des lésions. L'élévation de la température, indiquée par le thermomètre, manque rarement dans l'avortement provoqué, et elle est précoce, peu élevée au début, sauf lorsqu'il existe dès ce moment de graves désordres locaux ou généraux.

Selon les cas, l'infection peut se localiser au niveau des organes génitaux, ou gagner les organes voisins, particulièrement le péritoine, ou même envahir tout l'organisme soit d'emblée, soit par étapes successives, C'est là, somme toute, l'histoire des infections puerpérales.

D'après nos observations, les lésions furent locales le plus souvent. Elles sont restées cantonnées à l'utérus, fort heureusement, dans 15 cas, se traduisant alors par une hyperthermie légère, la couleur et l'odeur des écoulements vaginaux ; dès que l'avortement est terminé, spontanément ou par intervention médicale, ces signes disparaissent et tout rentre dans l'ordre, à moins qu'il ne persiste une endométrite, éventualité très possible. Dans d'autres cas, encore assez nombreux, la phlegmasie dépasse les parois de la matrice soit par envahissement progressif, soit parce que les organes voisins ont été blessés par les manœuvres et inoculés de ce fait. On assiste alors au développement d'abcès ou phlegmons des espaces

péri-utérins ou péri-vaginaux, d'annexites, dont la symptomatologie est diverse, les symptômes généraux étant déjà plus marqués que précédemment (7 cas). Un pas de plus et le péritoine est touché à son tour ; c'est une éventualité encore trop fréquente (10 cas, dont 7 de péritonite généralisée). La violente douleur localisée au bas-ventre, la défense de la paroi abdominale, les vomissements bilieux, la constipation, s'accompagnant d'une atteinte déjà marquée de l'état général, avec forte hyperthermie (39°-40°) et pouls accéléré ne laissent plus de doute à cet égard ; si l'affection se cantonne au péritoine pelvien, elle est encore curable. Mais si les symptômes locaux s'étendent à tout le ventre, si l'état général décline de plus en plus et que le facies s'altère, le mal a envahi la totalité de la grande séreuse et l'espoir de guérison est bien précaire, puisque le pronostic de péritonite généralisée est bien mauvais. Quelquefois, les symptômes péritonéaux éclatent très précocement après la provocation.

Une allure un peu particulière est imprimée à la péritonite par la gangrène utérine produite par les manœuvres abortives ; notre observation XIX en est un cas typique : on y remarque la rapidité d'apparition des phénomènes généraux extrêmement graves, semblant traduire une intoxication profonde de l'organisme, et la mort rapide qui en découle. A côté de cette véritable toxinhémie, la septicémie doit être rangée également comme complication possible ; nous en avons observé un cas également, au cours de notre séjour à la Clinique obstétricale (Obs. XXX), qui fut mortel lui aussi et était dû à une blessure non perforante de la matrice : l'agent pathogène en cause était le staphylocoque. Un autre cas, rapporté dans l'observation XLVIII était dû très probable-

ment lui aussi à une manœuvre abortive, mais sans lésion traumatique apparente des organes pelviens.

Bien moins grave est la phlébite, elle paraît assez rare d'ailleurs (un seul cas, observation II).

Ainsi, l'infection qui accompagne si souvent non seulement les avortements criminels, mais même les tentatives suivies d'insuccès, affecte les formes les plus variées comme intensité et localisation. Elle peut laisser en outre des traces de son passage sur l'organisme féminin lorsqu'elle n'a pas entraîné la mort, en particulier au niveau des organes génitaux.

COMPLICATIONS ÉLOIGNÉES. — L'endométrite, si fréquente pendant le cours même de la fausse couche, peut continuer à évoluer et passer à l'état chronique, entraînant à sa suite bien souvent le sombre cortège de ses complications habituelles, les salpingites et salpingo-ovarites, difficiles à guérir, entrecoupées de poussées aiguës, qui font d'une femme une véritable infirme, incapable souvent de reprendre sa vie habituelle, sans oublier la terrible conséquence qui peut en dérouler : la *stérilité*.

Ici, il nous est matériellement impossible de suivre les malades dont nous avons analysé les observations pour voir ce qu'elles ont pu conserver comme séquelles de leur avortement. Nous ne pouvons que signaler la fréquence avec laquelle on retrouve les fausses couches à l'origine des affections génitales si banales aujourd'hui pour lesquelles les femmes viennent consulter.

— Jusqu'à présent, nous n'avons parlé, au cours de ce chapitre, que de la mère. Nous voudrions, avant de le terminer, dire quelques mots de la principale victime, c'est-à-dire de l'enfant.

Lorsque la tentative criminelle atteint son but, le jeune

être est sacrifié, bien entendu. Mais nous avons pu constater que, dans de rares cas, la ou les manœuvres abortives manquaient leur effet ; la grossesse continue son évolution en pareil cas et, si d'autres contretemps ne l'interrompent pas, va jusqu'au terme. Un problème se pose alors pour le petit être qui en est le fruit : restera-t-il indemne des attentats commis contre sa vie pendant son séjour intra-utérin ? Autrement dit, une manœuvre abortive échouée peut-elle retentir sur l'enfant qui sortira de la gestation en question ? Il ne nous a pas été permis de faire de constatation à ce sujet jusqu'à présent. Tout au plus avons-nous pu voir que la grossesse continuait son cours en pareille circonstance dans quatre cas ; malheureusement, deux fois elle fut interrompue accidentellement avant le terme normal, et pour les deux autres cas les mères ne furent pas revues. Toutefois, il n'est pas impossible que des lésions de l'œuf puissent se produire en ce cas sans entraîner sa mort, et que l'enfant ainsi engendré ne porte des difformités ou des tares à sa naissance. C'est l'opinion qu'a émise M^{me} NAGEOTTE WILBOUCHEWITCH à la suite de l'étude de cinq observations de malformations congénitales diverses ou d'idiotie qu'elle attribue à des tentatives d'avortement, ou à l'ingestion accidentelle de médicament abortifs (?) au cours de la gestation.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'une fois nous avons relevé sur un fœtus frais expulsé à la Maternité une longue plaie linéaire peu profonde due certainement à une manœuvre abortive à l'aide d'un instrument vulnérant piquant ou coupant : nul doute que, si cet enfant avait vécu, il n'ait pu conserver des malformations du fait de ce traumatisme intra-utérin (Obs. XLI).

CHAPITRE IV

Diagnostic

Le diagnostic d'avortement criminel est loin d'être toujours facile à poser.

Quelquefois, une femme vient trouver le médecin pour lui avouer spontanément sa conduite criminelle, et parfois aussi sa crainte. En pareil cas, le diagnostic ne souffre pas de difficulté ; il suffit de s'assurer qu'il y a réellement grossesse et de constater les signes de la fausse couche. Mais c'est là une éventualité bien rare.

Le plus souvent, l'intéressée cherche à cacher sa faute, et dans ce but elle ne ménage ni les mensonges ni les inventions les plus bizarres pour y arriver. Deux alternatives peuvent alors se présenter :

Dans la première, l'avortement est constaté par le médecin bien aiguillé par les renseignements que fournit la femme (nous n'insistons pas sur ses signes) ; ce n'est que sur l'étiologie véritable que la malade trompe ou cherchera à tromper si on mène l'interrogatoire dans ce sens. Il est souvent difficile, il est impossible même de pousser le diagnostic plus loin que : fausse couche, car il n'est pas de symptôme pathognomonique de la provocation, en dehors de la constatation de blessures à caractères spéciaux des organes génitaux internes, ce qui est

loin d'être la règle. Tout au plus pourra-t-on avoir des présomptions. Ayant éliminé les causes d'avortement spontané (maladies aiguës de la mère, tares maternelles ou paternelles, lésions ou déviations utérines, etc.), on se méfiera des traumatismes accidentels si souvent invoqués par les femmes en pareil cas, surtout lorsqu'on n'en retrouvera aucune trace sur les autres parties du corps de la victime... La brusquerie de l'apparition du travail, l'absence de prodromes, l'existence d'hyperthermie surtout précoce, la soudaineté d'apparition de phénomènes péritonéaux graves accompagnant un début d'avortement, seront en faveur d'une provocation criminelle.

Souvent, en pareil cas, la malade est visiblement réticente, ou se coupe dans ses réponses si on multiplie les questions, ou indique des choses invraisemblables... Rien que l'interrogatoire adroitement mené peut donner des indices.

Dans la seconde alternative, la parturiente cherche à cacher même sa fausse couche, omettant volontairement ou déformant à dessein les symptômes subjectifs et les antécédents de l'affection dont elle souffre, cherchant à masquer les symptômes objectifs, embrouillant tout à loisir pour égarer le médecin. Il est parfois excessivement difficile de s'y retrouver en pareil cas, et les erreurs les plus graves peuvent être commises, surtout lorsque les signes de fausse couche sont masqués ou que cette dernière est terminée ou en partie faite, et que seuls persistent ceux d'une complication.

Il faut d'abord identifier une affection génitale ou à point de départ tel ; il faut ensuite séparer l'avortement des autres affections génitales pouvant le simuler... Or, on peut être emporté parfois bien loin de là en présence

de phénomènes généraux nets sans signe bien apparent de localisation sur aucun appareil : c'est alors qu'il faut avoir présente à l'esprit la possibilité d'un avortement, et rechercher s'il n'y a pas grossesse, car celle-ci est cachée ou niée le plus souvent, s'il n'y a pas perte sanguine même légère, si l'utérus n'est pas gros, mou, à col entr'ouvert, ou parfois en « toupie allemande », si le vagin ne renferme pas de sang noirâtre à odeur putride... De grosses erreurs ont été commises en pareille occurrence, l'avortement étant pris pour une appendicite, une grossesse ectopique rompue, une fièvre muqueuse, une annexite banale...

Aussi, devant la fréquence actuelle des pratiques abortives, devrait-on toujours penser à l'avortement chez la femme lorsqu'un diagnostic est hésitant, de même qu'il faut tout de suite penser à la grossesse en cas d'aménorrhée. Car, dans certains cas, il est particulièrement utile de faire un diagnostic exact et surtout précoce en raison du traitement à instituer, souvent urgent.

CHAPITRE V

Pronostic

Pour apprécier sans parti-pris le pronostic de l'avortement criminel, il faut tenir compte de ce fait que bon nombre de cas peuvent se dérouler sans incident notable et échapper ainsi aux soins des médecins, les femmes ne faisant appel à la compétence médicale que dans les cas compliqués, ou lorsqu'elles craignent seulement une complication. Ainsi, l'observation XXXVII nous montre une habituée de l'avortement qui a fait 7 fausses couches dont 5 provoquées, pour lesquelles le médecin ne fut appelé qu'une fois.

Par contre, du fait que les femmes cherchent plutôt à se cacher dans ces conditions, il résulte qu'en cas d'accident, même sérieux, elles hésitent souvent avant d'appeler à leur secours la sage-femme ou le praticien ; le retard apporté ainsi dans les soins donnés, particulièrement quand une intervention est nécessaire, peut de ce fait aggraver singulièrement le cas.

Un autre élément peut encore agir dans le même sens : c'est l'état psychique un peu particulier aux avortées, presque toujours inquiètes et anxieuses une fois les accidents déclarés, souvent affolées, jamais tranquilles d'esprit (Obs. XXII) ; ceci ne peut manquer d'influer sur

la résistance de leur organisme à l'infection, en la diminuant plutôt. Voilà deux raisons qui viennent encore gréver le pronostic de l'avortement criminel.

On peut donc dire que les femmes qui cherchent à se faire avorter s'exposent, inconsciemment peut-être, à des dangers considérables, elles exposent même leur vie ; de l'étude de nos 49 observations, parmi lesquelles figurent d'ailleurs des cas qui ont échappé à l'intervention du médecin, il ressort que la morbidité en quelque sorte a atteint la proportion de 60 %, ce qui est considérable ; et, autre fait encore plus pénible à constater, la mortalité est de 15 %. Tandis que l'avortement spontané ne nous donne qu'une morbidité de 22 % et une mortalité de 1 %. Ces chiffres sont loin surtout de ceux qui ressortent, dans les mêmes conditions, de l'accouchement à terme !

CHAPITRE VI

Traitement

Le traitement à appliquer à l'avortement criminel sera, à peu de chose près, celui de l'avortement spontané.

En présence d'une fausse couche qui évolue normalement, l'état des lieux étant fait et le diagnostic nettement posé, on se contentera de l'expectative ; on saura donc attendre en mettant la femme au repos et en observation constante. La clinique montre que tout peut très bien se terminer seul et se passer normalement jusqu'au bout. Nous pensons qu'il est préférable, lorsque le travail n'en est qu'à son début, de s'abstenir des opiacés en vue de l'enrayer, car devant la presque constance de l'infection ovulaire en pareil cas, ce serait enfermer le loup dans la bergerie. 

Mais dans l'immense majorité des cas, il apparaîtra une des complications signalées plus haut, parfois plusieurs ensemble, qui nécessiteront l'intervention. Les indications en seront :

Soit l'apparition d'une hémorragie ou la persistance indéfinie de pertes légères retentissant sur l'état général de la femme ;

Soit la rétention placentaire, seule et certaine, au delà de 24 à 30 heures ;

Soit enfin la présence d'accidents infectieux sérieux.

D'une façon générale, la notion de provocation étant connue ou même fortement soupçonnée, on interviendra plus précocement que dans l'avortement spontané.

L'intervention consistera à terminer le plus tôt possible la fausse couche, quoi que cela puisse avoir de répugnant puisqu'il s'agit de continuer les basses œuvres d'autrui ; mais il faut avant tout sauver la vie de la mère, donc achever pour guérir ce qui a été commencé pour détruire. Dans la plupart des cas, on aura recours alors au curage digital de la cavité utérine, après dilatation préalable du col si c'est nécessaire ; cette cavité sera évacuée aussi complètement que possible, un débris parfois minime pouvant entretenir l'infection ou la métrorragie, et nettoyée par un bon lavage antiseptique.

Lorsque, en plus des signes d'infection utérine, on constatera l'apparition de phénomènes généraux graves, il pourra être indiqué de pratiquer une hystérectomie d'urgence, pour tâcher de protéger l'organisme contre les progrès de l'invasion croissante. La gangrène utérine en particulier indique l'ablation de l'organe atteint aussi rapidement que possible.

En dehors de ces deux opérations, curage et hystérectomie, qui s'adressent directement à la matrice infectée, chaque complication différente sera susceptible d'entraîner l'intervention qui lui convient ; ouverture et drainage d'abcès, de phlegmons, etc...

Enfin et surtout, le traitement médical proprement dit ne sera pas négligé : en particulier la sérothérapie (antistreptococcique surtout) et la vaccinothérapie (vaccin de Delbet) trouveront leur indication, et on sait qu'on peut en attendre de bons résultats,

CHAPITRE VII

De quelques cas particuliers

Pour terminer cette étude sur les pratiques abortives, nous signalerons la possibilité de leur mise en œuvre dans deux cas un peu particuliers :

1. Lorsqu'il n'y a pas grossesse ;
2. En cas de grossesse ectopique.

I. La crainte de la maternité est telle chez un certain nombre de femmes que le moindre retard dans leurs règles les effraie et est interprété par elles comme une certitude de grossesse, lorsqu'elles se sont exposées à être enceintes.

Sans plus tarder, on se livre alors aux manœuvres, si banales aujourd'hui, pour se débarrasser. Ceci nous laisse entrevoir que des erreurs peuvent être commises dans ces conditions, la grossesse pouvant être virtuelle et n'exister que dans l'imagination de la malheureuse. De même, des affections génitales peuvent en imposer pour l'éventualité redoutée à des femmes qui voient grossir leur ventre progressivement. Ainsi, dans l'observation XXVI, il s'agissait d'un fibrome utérin. En pareil cas, le danger est sensiblement le même que s'il y avait gestation, il est peut-être plus grand même au point de vue des blessures

possibles de la matrice. Seule, la rétention placentaire doit être rayée des complications éventuelles.

II. En cas de grossesse ectopique, les manœuvres ne peuvent évidemment pas aboutir au résultat cherché, c'est-à-dire à l'expulsion du produit de conception au dehors de l'organisme maternel.

Les accidents et complications possibles sont ici les mêmes que précédemment (Obs. XLV). La répétition des tentatives en raison de leur insuccès ne peut qu'augmenter les risques de blessure et d'infection des organes génitaux ; nous devons y ajouter le danger de rupture du kyste fœtal par le fait même des manœuvres abortives.

Conclusions

L'avortement criminel et les pratiques abortives sont des plus fréquentes à l'heure actuelle.

— Il se déclare habituellement sans prodrome par des douleurs utérines intermittentes accompagnées d'écoulement sanguin d'intensité très variable mais rarement important, aboutissant après un temps, assez long parfois, à l'expulsion ovulaire ou fœtale seulement ; l'hyperthermie est presque la règle, la rétention placentaire est des plus fréquentes.

— Les femmes qui s'y livrent s'exposent à des accidents graves, elles exposent même leur vie, puisque la morbidité est de 60 % et la mortalité de 15 % environ ; elles risquent en outre de conserver, à leur suite, des affections chroniques pénibles de l'appareil génital, sans oublier la stérilité qui accompagne si souvent ces affections.

— Le praticien doit connaître la fréquence des manœuvres abortives, en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elles l'exposent s'il n'est pas prévenu, et du traitement un peu particulier qu'elles peuvent réclamer.

— Enfin, dans l'intérêt de notre prospérité nationale, l'urgence d'une lutte active contre l'avortement criminel qui est une cause si importante de la dépopulation, n'est plus à signaler, tant elle a été réclamée. A ce point de

vue, nous pensons que des progrès sérieux pourraient être réalisés par la surveillance plus étroite de la vente des objets médicaux et hygiéniques, au même titre que celle des toxiques par exemple, qui font probablement moins de victimes... Il est vrai que cela ne suffirait sans doute pas à faire disparaître l'avortement criminel, car, disait le Professeur PINARD à la Société Obstétricale de France en 1909, « en supposant que tous les mandrins, toutes les canules, toutes les sondes aient disparu, cela serait insuffisant ; il faudrait encore empêcher les branches longues et flexibles du saule de pousser... »

Vu :

Nancy, le 15 décembre 1921.

Le Président de la thèse,

A. FRUINSHOLZ.

Vu :

Nancy, le 19 décembre 1921.

Le Doyen,

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 20 décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

Bibliographie

(En raison du nombre assez considérable d'ouvrages qui traitent de ce sujet, nous n'indiquons que ceux auxquels nous avons fait appel au cours de notre travail.)

Revue Médicale de l'Est, 1907. — Docteur BOUCHON, de Toul : Injection vésicale d'alcali du commerce comme manœuvre abortive.

Gazette Médicale de la Suisse Romande, 1910. — Docteur BASTIAN, de Genève : Ce qu'il est advenu d'une sonde introduite dans l'utérus.

Revue Médicale de l'Est, 1912. — Professeur HERGOTT : Quelques considérations sur les avortements observés à la Maternité de Nancy pendant une période de cinq années (1907-1912).

Presse Médicale, 1917. — M^{me} NAGEOTTE-WILBOUCHEVITCH : Le rôle tératogénique des tentatives d'avortement.

Revue Médicale de l'Est, 1920. — MM. WEISS et HAMANT : Perforation du vagin au cours de manœuvres abortives.

Revue Médicale de l'Est, 1921. — Docteur HAMANT : La vaccination dans les suppurations pelviennes.

Docteur VERMEËLIN : *A propos d'avortement provoqué.*

Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie, Paris 1921. — MM. WEISS et HAMANT : Phlegmon du ligament large consécutif à des manœuvres abortives.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, décembre 1921. — M. le Professeur MICHEL : Un cas de mort subite par inhibition au cours de manœuvres abortives.

Docteur MORIN. — Thèse 1921, Nancy : *Considérations sur l'avortement criminel dans le ressort de Nancy de 1900 à 1920.*

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	5

PREMIERE PARTIE

OBSERVATIONS.....	9
-------------------	---

DEUXIEME PARTIE

CONSIDÉRATIONS SUR LA FRÉQUENCE DE L'AVORTEMENT CRIMINEL ET SES CAUSES, SUR L'AVORTÉE ET L'AVORTEUSE.....	47
---	----

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE I. — Des procédés abortifs.....	56
CHAPITRE II. — Evolution de l'avortement provoqué...	64
CHAPITRE III. — Complications	68
CHAPITRE IV. — Diagnostic	78
CHAPITRE V. — Pronostic	81
CHAPITRE VI. — Traitement	83
CHAPITRE VII. — De quelques cas particuliers.....	85
CONCLUSIONS	87
BIBLIOGRAPHIE	89
